Neuvième année | N° 1 | 1er Janvier 1887

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

A NOS LECTEURS

Chers confrères,

Une nouvelle année, la neuvième depuis la fondation du *Concours médical*, commence sous d'heureux auspices. Les œuvres diverses de notre Société se développent ; les adhésions à nos statuts se multiplient ; la publication de l'Annuaire de notre Société vous a indiqué les confrères sur lesquels vous pouvez compter dans votre voisinage ; connaissant aussi ceux qui ne font pas partie de notre Société, vous pourrez tourner vers quelques-uns d'entre eux les efforts de votre propagande et recruter ainsi de nouveaux adhérents pour le plus grand bien de tous.

En vous exprimant nos vœux de prospérité, nous faisons donc de nouveau appel à votre esprit de prosélytisme. Témoins de nos efforts, vous voudrez prouver la sincérité de votre foi en nos entreprises par des actes sans cesse répétés, et, grâce à votre appui, l'année 1887 ne sera pas stérile. Nous pourrons ajouter quelque nouvelle organisation médicale à celles qui ont déjà mérité votre approbation.

Le Conseil de Direction et la Rédaction deviennent sans cesse plus ardents à vous être utiles et agréables, puisque les témoignages que vous voulez bien leur donner viennent, chaque jour, leur prouver que l'œuvre du *Concours* est médicale et qu'elle est bonne !

LA SEMAINE MÉDICALE

Une ancienne lettre du nouveau ministre de l'Instruction publique.

Si quelque chose peut nous consoler du changement ministériel qui est venu signaler la dernière quinzaine de l'année, c'est le choix du nouveau ministre de l'Instruction publique. Voir un savant illustre, comme M. Berthelot, prendre en main les rênes de l'Université n'est pas un phénomène banal en France. La *Tribune médicale*, qui commente cette nomination, fait remarquer sans doute, et non sans raison, qu'il ne suffit pas d'être un chimiste de génie, un professeur émérite, même doublé d'un sénateur, pour réunir implicitement toutes les qualités effectives et efficaces d'un bon ministre de l'Instruction publique. Mais il faut ajouter que M. Berthelot n'est pas de ces savants exclusivement voués à la science pure et dédaigneux du côté pratique des choses. Il s'est toujours montré préoccupé des intérêts généraux du pays, des besoins de l'enseignement supérieur dont il a pu apprécier, comme inspecteur général, les rouages compliqués.

Nous espérons, comme notre confrère de la Tribune, qui exhume fort à propos une lettre écrite il y a quelques années par M. Berthelot, qu'il est demeuré fidèle aux pensées généreuses et élevées exprimées alors par lui.

Voici cette lettre qui fut adressée à cette époque à M. Hébrard, directeur du *Temps* :

« Mon cher ami,

« J'apprends que la commission du budget chargée d'examiner le nouveau projet présenté par le gouvernement pour la Caisse des écoles propose d'en supprimer l'enseignement supérieur.

« Sommes-nous donc condamnés à une infériorité sans remède dans la haute culture de l'esprit ? Sommes-nous destinés à manquer à jamais, sinon d'hommes — ils ne font certes pas défaut —, mais d'outils dans le haut enseignement ? Notre jeune démocratie est-elle jalouse de rester dans une infériorité intellectuelle définitive vis-à-vis des empires et des monarchies qui nous entourent ? Veut-elle rompre sans retour avec la tradition intellectuelle, scientifique et artistique de la France ?

« La question est aujourd'hui posée et va être résolue pour de longues années. On s'obstine à ignorer, de parti pris, que l'enseignement primaire et l'enseignement secondaire tirent leur substance et leurs méthodes de l'enseignement supérieur. On s'obstine à ignorer que la production industrielle et agricole d'un pays dépend, de la façon la plus directe, des découvertes

scientifiques qui se font dans les laboratoires de ses hautes écoles et de ses Facultés. L'exemple de la puissance chaque jour croissante de l'Allemagne, dans l'ordre matériel aussi bien que dans l'ordre industriel, n'a-t-il pas ouvert les yeux ?

« L'enquête même si laborieuse à laquelle la Chambre vient de se livrer sur la crise que nous traversons n'a-t-elle pas montré que les causes en tiennent à notre défaut d'éducation scientifique autant qu'à des raisons économiques ? J'aurais bien long à vous en dire sur cette matière, navré que je suis par tant d'imprévoyance et d'aveuglement sur les conditions qui règlent la grandeur des peuples et le développement de la civilisation. Mais le temps presse, le danger est imminent ; un nouvel effort va être tenté, et je dois me borner aujourd'hui à jeter ce cri d'alarme, et à réclamer votre aide dans cette œuvre patriotique. »

Ce beau langage nous garantit que le nouveau ministre ne se prêtera pas au système d'économies maladroites que le monde ministériel a paru disposé à inaugurer récemment en ce qui concerne l'enseignement supérieur, et, s'il ne tient qu'à M. Berthelot, il faut croire que l'année 1887 sera meilleure que celle qui finit pour les agrégés des Facultés de médecine.

La fièvre typhoïde et l'analyse microbiologique des eaux.

Nous avions fait pressentir, dans un précédent numéro, les travaux si intéressants sur l'analyse microbiologique des eaux dont l'épidémie de fièvre typhoïde de Pierrefonds a été le point de départ et que M. Brouardel a signalés à l'Académie des sciences. Rappelons que « en août et septembre derniers, sur 23 personnes de Paris ou de Versailles venues habiter à Pierrefonds trois maisons contiguës, sises rue du Bourg, 20 ont été atteintes de la fièvre typhoïde, 12 très gravement (sur lesquelles 4 ont succombé) et 8 plus légèrement. Ce groupe de maisons n'était pas, d'ailleurs, frappé pour la première fois ; cinq fois au moins déjà, de 1874 à 1883, il avait été visité par la fièvre typhoïde.

La nappe d'eau qui alimente ces maisons passe, pour y arriver, au-dessous des fosses d'aisances ou longe leurs parois, et les puits d'où cette eau provient sont distants de 9 m. et de 20 m. d'une fosse commune à deux des maisons infectées, fosse non étanche, construite en moellons, non cimentée. Ils sont placés à 1 m. 70 au-dessous de cette fosse. De là un mélange permanent de matières excrémentitielles avec l'eau servant à l'alimentation.

Une coutume locale augmente encore le danger. On conduit directement dans ces fosses perméables l'eau qui tombe sur les toitures ; en sorte que, lorsque survient une pluie un peu abondante, l'eau envahit les fosses, délie les matières, et les entraîne dans les couches de terrains périphériques. Là, cette eau souillée rencontre les puits et sert de nouveau à l'alimentation.

« Désireux, continue M. Brouardel, de fournir du rôle infectieux de cette eau la démonstration la plus scientifique et la plus précieuse, je dirai que, dans la maison la plus gravement atteinte, la maladie avait éclaté du 25 au 30 septembre.

Je suis allé recueillir de l'eau dans les diverses fontaines de Pierrefonds le 18 octobre, le 29 octobre et le 21 novembre.

J'ai prié M. le docteur Chantemesse, directeur du laboratoire de bactériologie à la Faculté de médecine, de soumettre ces diverses eaux à l'examen microbiologique. Dans l'eau de la maison où il y a eu quatre morts de fièvre typhoïde et où la fontaine est située à 20 m. et en contre-bas de la fosse la plus voisine, MM. Chantemesse et Widal ont trouvé les

---

FEUILLETON

Cercle médical du Pays Quingeois

L'ingratitude.

Il y en a dit *Justus* qui ont toujours à la bouche ce mot d'ingratitude, traitant d'ingrats tous ceux avec qui ils ont eu affaire. Ingrat, celui qui les a quittés pour en prendre un autre ; ingrat, celui qui n'a pas ou qui a mal rétribué leurs soins ; ingrat, celui qui n'a pas montré une foi absolue dans leurs reliques et qui, mettant en doute leur infaillibilité, néglige d'exécuter strictement ce qu'ils ont prescrit.

C'est juger les gens avec trop de précipitation et les condamner sans les entendre. Car enfin nous ne pouvons pas toujours deviner au juste quel a été le mobile de la conduite que nous incriminons. Tel a oublié de régler nos honoraires, parce qu'il est à court d'argent, ce qu'il ne va pas crier par-dessus les toits, ou parce qu'il a pour habitude de ne payer personne ; tel autre nous a quittés parce que la dame du château ou quelqu'un à qui il a des obligations lui a envoyé son médecin d'office, etc.

L'ingratitude n'a rien à voir en ceci : c'est bien plutôt à la timidité, au manque d'argent ou à la mauvaise foi qu'il faut s'en prendre.

— Evidemment, dit Sévérin, on n'est pas ingrat pour le plaisir de l'être. On le devient par distraction, parce qu'une autre idée à laquelle on se laisse aller l'emporte sur le sentiment naturel de la reconnaissance. C'est à l'homme judicieux, comme doit l'être un médecin, à tabler là-dessus, et à ne pas trop compter sur une gratitude éternelle de la part de ses clients, pas plus que sur la solidité d'une fondrière.

— Je ne cherche pas à autoriser l'ingratitude, mais je ne puis m'empêcher de blâmer ceux qui ne savent pas mieux en prendre leur parti. Il faut vraiment qu'un médecin ait bien peu de philosophie dans le caractère pour ne pas savoir s'accommoder des imperfections humaines. Pour vivre en paix avec soi-même, dans l'état de société, il faut prendre les gens pour ce qu'ils sont.

Nous traitons souvent d'ingrats ceux qui ont trompé des espérances inavouées, des espérances que nous fondions sur des services rendus. « Ces gens-là », pensions-nous, « n'ont rien à me refuser ; ils m'ont des obligations particulières », etc. En

bacilles considérés comme pathogènes de la fièvre typhoïde par Eberth, Gafky, Artaud, Cornil et Babès. Le 13 octobre, il y avait environ 25,000 bacilles par litre d'eau. Le 29 octobre, il y en avait un beaucoup moins grand nombre. L'eau recueillie le 21 novembre n'en contenait plus aucun.

L'eau d'un ruisseau, dit le rû de Berne, dans lequel s'écoule l'eau de la fontaine précédente à travers la couche de sable et pendant un trajet de 40 m. contenait également quelques bacilles, le 29 octobre.

Dans l'eau d'aucun des autres puits de Pierrefonds, on n'a pu découvrir de ces micro-organismes.

L'eau de la maison où avait éclaté le dernier foyer de fièvre typhoïde contenait donc des bacilles considérés comme germes de la fièvre typhoïde, un mois encore après l'explosion de la maladie.

MM. Chantemesse et Widal, grâce à un procédé nouveau ont pu trouver l'agent pathogène de la fièvre typhoïde, le bacille d'Eberth et de Gafky dans l'eau d'une maison habitée par la famille Fernet à Pierrefonds. Sur des plaques de gélatine ensemencées suivant le procédé de Koch, ils en ont découvert quelques colonies (1 à 5 par plaque, environ). Les bacilles fournis par ces colonies répondaient absolument, par tous leurs caractères morphologiques et biologiques, par leur façon de cultiver sur les différents milieux (bouillon, agar-agar, sérum sanguin et surtout sur la pomme de terre) et par leur inoculation aux animaux, aux bacilles décrits, dans la fièvre typhoïde par Eberth, Gafky, Koch, Artaud, Cornil, Babès, Frankel et Simonds.

En faisant avec un trocart stérilisé des ponctions dans la rate de plusieurs typhiques au dixième ou douzième jour de la maladie et en ensemençant les quelques gouttes de sang ainsi retirées, MM. Chantemesse et Widal ont retrouvé le bacille d'Eberth et de Gafky qui, par son passage sur les différents terrains de culture, donnait des colonies identiques au bacille isolé par eux dans l'eau de Pierrefonds.

Quinze jours après le premier examen, cette eau était encore chargée de bacilles typhiques, mais six semaines plus tard le germe pathogène ne put y être décélé.

Ce n'est pas dans ce cas seul que MM. Chantemesse et Widal ont pu constater dans l'eau potable le bacille de la fièvre typhoïde. Dans l'eau d'une maison de Paris où cinq personnes sur sept avaient gagné la maladie, ils ont reconnu, en très petite quantité ces micro-organismes. M. Dreyfus-Brisac et l'un d'eux qui avaient soigné ces malades à l'hôpital Tenon ont donné la relation de ce fait. (*Gazette hebdomadaire*, 5 novembre 1886.)

Cette constatation nouvelle du bacille pathogène pourra apporter un appui précieux à l'étiologie de la fièvre typhoïde. Sa recherche dans la terre, les matières fécales aussi bien que dans l'eau, sera rendue plus facile par le procédé de MM. Chantemesse et Widal basé sur sa résistance relative à l'acide phénique. »

Il paraît d'ailleurs qu'il serait très facile d'alimenter Pierrefonds d'une eau potable mise à l'abri de toute souillure et pouvant monter jusqu'au sommet de la plus haute maison.

Souhaitons donc, comme heureux événement pour l'année qui commence aux habitants de Pierrefonds de l'eau non typhogène et à toute la France une direction de la santé publique, qui sache faire bénéficier de gré ou de force nos concitoyens des découvertes chaque jour plus admirables de la science.

---

quoi nous nous trompons sur ce que doit être le sentiment de reconnaissance. « J'ai obligé bien « des gens, disait le vieux major, mais ceux que j'ai « obligés s'en souviennent. S'ils médisent de moi « sous certains rapports, c'est qu'ils n'en pensent « pas bien. En leur faisant service, je n'ai jamais « eu la prétention d'acheter leur complaisance et « leur approbation sans réserve ; ils sont restés libres après comme avant. S'ils m'ont quitté comme médecin pour en prendre un autre, c'est qu'ils « ont vu quelque avantage à ce changement ; cet « autre leur convenait mieux, ou leur a semblé « meilleur. Puis-je empêcher cela ? Ai-je le droit de « m'en plaindre ? »

Si le manque de reconnaissance, disons mieux, si l'ingratitude évidente de certains malades nous afflige et nous irrite, gardons-nous de le faire trop paraître et d'en entretenir le public sans nécessité. Il convient, il est digne d'apporter une certaine discrétion dans l'aveu de nos ennuis professionnels. On se fait plus de tort en mettant à nu ses susceptibilités d'amour-propre, qu'on n'en fait à ceux qu'on accuse.

D'ailleurs, ce n'est pas à nous de punir l'ingratitude de ceux à qui nous croyons avoir fait service. Si nous nous laissons aller à des paroles amères contre un client qui a changé de médecin, si nous nous vantons de l'avoir soigné avec dévouement, de l'avoir tiré d'un mauvais pas, mettant ainsi sa conduite en regard de la nôtre, soyez sûr que ce client peu scrupuleux répondra « qu'heureusement il n'a pas suivi à la lettre vos prescriptions, ni avalé toutes vos drogues ; que s'il vous avait écouté, il serait allé rejoindre le Père éternel » ; etc.

Voyez d'ici combien la situation est grotesque ! et comment ces prétentions divergentes sont faites pour amuser les gens.

— Permettez, Justus, le médecin dans tout ceci est un homme honnête et admissible dans ses prétentions ; il a soigné son client aussi bien qu'il l'a pu ; partant, il a droit à mieux qu'à des injures. Tandis que l'autre est un vilain qui récrimine à présent contre le traitement qu'on lui a fait suivre ; il récrimine à présent qu'il faudrait dire merci : c'est un procédé de chicane dont sont coutumiers ses pareils !

(*A suivre.*) Dr Perron.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 21 décembre)

Distribution des Prix de l'année 1886.

Présidence de M. TRÉLAT.

(*Suite.*)

SERVICE DES EAUX MINÉRALES (1884)

1° *Médaille d'or*, à M. Eymard Lacour, pharmacien militaire ;

2° *Rappels de médailles d'or*, à MM. les docteurs Caulet (de Saint-Sauveur) et Emile Tillot (de Luxeuil);

3° *Médailles d'argent*, à MM. les docteurs Léon Blanc (d'Aix-les-Bains), P. *Regnault* (de Bourbon-l'Archambault) et Jules Senut, médecin-major ;

4° *Rappel de médaille d'argent*, à M. le docteur A. Planche (de Balaruc-les-Bains);

5° *Médailles de bronze*, à M. Léon Barthe, pharmacien aide-major, et à MM. les docteurs *Belugou* (de Lamalou et Daudirac (de Cauterets);

6° *Rappels de médailles de bronze*, à MM. les docteurs Binet (de Saint-Honoré) et *Cros* (de Lamalou-le-Bas).

SERVICE DES ÉPIDÉMIES (1885).

1° *Médailles d'or*, à MM. les docteurs J. Bertillon (de Paris), *Lardier* (de Rambervillers);

2° *Rappels de médailles d'or*, à MM. les docteurs Coustan, médecin-major, Daga, médecin-inspecteur, Jablonski (de Poitiers), Mauricet (de Vannes), Mignot (de Chantelle), Paris (de Versailles), Pennetier (de Rouen);

3° *Médailles d'argent*, à MM. les docteurs Ch. Amat, médecin-major, Aubert, médecin-major, Borries (de Montauban), Bourgeois, médecin-major, Catrin, médecin-major, Chabenat (de La Châtre), Chartier (de Nantes), Clémenceau de La Loquerie (de Fontenay), Combalat (de Marseille), Du Mesnil (de Paris), *Ernest Durand* (de Marseillan), Leroy des Barres (de Saint-Denis), Quivogne, médecin-major, Renault (de Cherbourg), et à M. Patin (de Paris).

4° *Rappels de médailles d'argent*, à MM. les docteurs Barbrau (de Rochefort), *Bec* (de Mézel), Blanquinque (de Laon), Darolles (de Provins), Geschwind, médecin-major, Métadier (de Bordeaux), Nivet (de Clermont-Ferrand), Pujos (d'Auch), Rousseaux (de Vouziers);

5° *Médailles de bronze*, à MM. les docteurs Coffec (de Quimper), Couillaud (d'Epernay), Laurens (de Magescq), Masson (de Chambéry), Ollé (de Saint-Gaudens), *Valois* (de Cosne).

SERVICE DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE.

Sur la somme de 2.000 fr. mise à la disposition de l'Académie de médecine par M. le ministre de l'intérieur pour récompenser les meilleurs mémoires qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge, l'Académie accorde :

1° *Médaille d'or* à Mme Furtado-Heine (de Paris) ;

2° *Rappel de médaille d'or*, à M. le docteur *Sagnier* (de la Grand'Combe) ;

3° *Médailles de vermeil*, à MM. Lavergne (de Moulins), Ory, inspecteur des enfants assistés du Jura, et à MM. les docteurs Picard (de Selles-sur-Cher), Regnoul (de Villeneuve-la-Guyard) ;

4° *Médailles d'argent*, à MM. les docteurs Coni (de Buenos-Ayres), *Sutils* (de la Chapelle-la-Reine) ;

5° *Rappel de médailles d'argent*, à MM. les docteurs *Capelle* (d'Hermies), Carassus (de Milly), Driard (de Moret-sur-Loing), Séjournet (de Revin) ;

6° *Médailles de bronze*, à MM. les docteurs Cyprien Czajewski (d'Orléans), Dumée (de Nemours), Henri *Gierszynski* (d'Ouarville) E. D. Jenot (de Dercy), Pamard (d'Avignon), Picard de (Lagny);

7° *Mentions honorables* à MM. les docteurs *Gandaubert* (de Montsauche), *Surbled* (de Corbeil), Vidal (d'Hyères).

SERVICE DE LA VACCINE (1885).

L'Académie partage le prix de 1,500 fr. entre MM. les docteurs Aubert, E.-J. Breton, E. Longuet, médecins-majors.

Médailles d'or à MM. les docteurs Carpentier-Méricourt (de Paris), Debets de Lacrousille (de Périgueux), Jacques Fournac (de Marseille), et à Mme veuve Damemme, sage-femme (de Saint-Lô).

(1) Les noms en italique sont ceux des membres du Concours médical.

QUINZAINE CHIRURGICALE

Traitement de l'hygroma prérotulien chronique (1).

Le nombre considérable des moyens thérapeutiques qui ont été proposés pour obtenir la cure de cette affection suffit à montrer combien elle est rebelle dans un grand nombre de cas. L'hygroma chronique forme une tumeur qui peut atteindre parfois le volume d'une tête de fœtus à terme. Gênante par sa situation, elle peut entraver l'exercice d'un certain nombre de professions et souvent on est appelé à intervenir par une opération non de pure complaisance, mais de haute utilité. L'épaisseur de la poche de l'hygroma chronique, la structure fibreuse, quelquefois cartilagineuse, et même calcaire de la paroi l'empêchent de se rétracter quand on a enlevé son contenu; et, une fois la cavité vidée, il peut s'établir une suppuration interminable, fistuleuse, dangereuse pour le patient. D'un autre côté, l'étendue de la poche et le voisinage de l'articulation du genou ne sont pas sans créer quelques dangers pour l'opérateur ; chacun sait aussi combien facilement ces cavités séreuses s'enflamment et deviennent le point de départ de lymphangites graves, de phlegmons par diffusion ; Chassaignac et d'autres auteurs ont vu succomber des malades à la suite de la ponction simple d'un hygroma. A cause de ces différentes raisons, ce n'est pas sans une certaine hésitation que l'on entreprenait, il y a quelques années encore, la cure chirurgicale de cette affection. Plusieurs procédés furent tour à tour vantés par les praticiens. Les uns, lui appliquant le traitement classique de l'hydrocèle, pratiquaient la ponction suivie d'injection iodée ; mais on peut facilement comprendre combien ce moyen, très bon pour modifier une cavité séreuse dont la paroi est mince et lisse, restait impuissant quand il s'attaquait à une poche épaisse, à parois fibreuses et irrégulières. Ou bien la suppuration survenait, ou bien une fistule s'établissait.

L'incision *cruciale* de la poche, puis le tamponnement avec de la charpie a été pratiqué dans le

(1) Houzel, *in Revue de Chirurgie*, 1886, n° 9.

but de transformer sa surface en une plaie simple, granuleuse, et d'obtenir la cicatrisation à plat. C'est un procédé long, dangereux, qui a été aussi la source de nombreux accidents.

L'*excision* est plus radicale ; mais à quoi bon créer une perte de substance des téguments pour les remplacer par du tissu de cicatrice ?

Chassaignac appliqua naturellement à la cure de l'hygroma son magnifique procédé, le *drainage chirurgical*. Mais il déterminait une suppuration très longue à guérir, sans compter que l'infection de la poche suppurante amène facilement des phlegmons étendus ou la suppuration du genou.

L'*extirpation complète*, qui enlève toute la paroi du kyste et laisse à sa place une plaie saignante, facile à réunir, conseillée depuis longtemps, avait aussi donné lieu à nombre d'accidents, mais les nouvelles méthodes de la chirurgie opératoire ont permis d'en modifier notablement le pronostic.

Aussi en 1884, M. le professeur Trélat, enseignait la pratique suivante : quand les parois ne sont pas trop épaisses, ouvrir la tumeur, évacuer son contenu, gratter soigneusement la surface interne avec la cuiller tranchante, puis recouvrir le tout d'un pansement antiseptique rigoureux. Si les parois sont constituées par un tissu fibreux très dur, il faut faire l'extirpation totale de la tumeur, puis drainer, suturer la plaie et la recouvrir d'un pansement de Lister.

Dans une récente thèse un élève de M. le Dr Polaillon, M. Revol, donne les conseils suivants qui ne sont que l'application de la doctrine enseignée par M. Trélat : hygroma avec fongosités : large incision, grattage, drains ; — hygroma avec épaississement : grattage et extirpation totale avec suture métallique et drainage.

L'extirpation totale de la poche, pratiquée avec les précautions suffisantes de l'antisepsie, est donc l'opération de choix. M. le Dr Houzel (de Boulogne), le démontre et rapporte à l'appui trois faits concluants dans lesquels il a obtenu la guérison complète en 8, 10 et 12 jours.

Voici en deux mots le manuel opératoire. La partie malade étant soigneusement lavée, et le malade endormi, on peut se dispenser de la bande d'Esmark. La paroi présente-t-elle une résistance suffisante pour ne point s'affaisser si on vient à la crever pendant la dissection, il est bon d'évacuer le contenu et de faire dans la poche l'injection d'une certaine quantité de blanc de baleine en fusion, comme le Dr Pozzi l'a conseillé pour favoriser la dissection de certains kystes. On pratique alors une incision longitudinale, puis on dissèque soigneusement la tumeur en conduisant la lame du bistouri contre elle et non contre les téguments ; on sépare en terminant, et c'est là souvent le point le plus laborieux, les adhérences de la masse morbide de la face antérieure de la rotule. Après quoi on applique le drainage, on fait la suture de la ligne d'incision et on recouvre le genou d'un pansement antiseptique, absorbant et compressif. Il se fait ordinairement très peu d'écoulement par le drain ; au cinquième ou sixième jour on enlève les sutures, on supprime le drainage et la guérison s'achève avec un second pansement.

Du toucher rectal dans le diagnostic de la coxalgie.

On ne pense généralement pas, lorsque l'on pratique l'examen d'un coxalgique, à pratiquer le toucher rectal ; cependant cette exploration peut donner des notions précieuses sur ce qui se passe du côté de la cavité cotyloïde dont on arrive facilement à explorer la face postérieure. Trois observations publiées par Schmitz dans le *Centralblatt fur chirurgie* sont des plus instructives à ce point de vue. Elles concernent des enfants de 5 et de 3 ans, qui présentaient des signes de coxalgie depuis 3, 6 et 21 mois. Chez les trois malades la cuisse était fléchie dans une adduction légère avec rotation en dedans, mais deux d'entre eux étaient en même temps atteints de mal de Pott lombaire, ce qui pouvait prêter à l'erreur. Or, voici ce que révéla le toucher rectal ; chez le premier un gonflement circonscrit et prononcé, non fluctuant, de la région acétabulaire, — chez le second, un abcès de la grosseur d'un œuf de poule, — chez le troisième, un abcès plus petit, du volume d'une noix. Les mouvements imprimés au fémur, pendant l'examen dans le sommeil chloroformique, ne produisaient aucun frottement ; ces signes semblent permettre de préciser le diagnostic des lésions de l'article et de dire qu'elles portaient sur le cotyle beaucoup plus que sur la tête fémorale. Dans les trois cas la résection fut pratiquée ; et en effet, la tête fémorale était saine ainsi que le cartilage qui la recouvrait, mais la cavité cotyloïde était profondément altérée et on pouvait en extraire de petits séquestres de la grosseur d'un haricot.

Ces faits très instructifs montrent qu'il ne faut jamais négliger chez un coxalgique l'exploration de la face pelvienne du cotyle, qu'on y trouve ou des abcès ou une induration annonçant le travail d'ostéite tuberculeuse, et que, si l'on pratique la résection, il faut toujours, après avoir enlevé la tête fémorale, vérifier l'état du cotyle, sous peine de faire une opération incomplète et par cela même inutile.

Réduction des luxations du coude récentes.

Le Dr Kelly (1) indique, dans le journal des Sciences Médicales de Dublin, un moyen simple et ingénieux permettant au chirurgien de se passer d'aides et d'appareils pour réduire les luxations du coude. Voici en quoi consiste la méthode. Dans tous les cas, le chirurgien est assis sur le coin d'une table, le blessé sur une chaise toujours à la droite de l'opérateur pour les luxations du bras gauche, à sa gauche pour celles du bras droit. Les cuisses du chirurgien servent à fixer le membre blessé au-dessus de la luxation, à fixer le bras en un mot et à faire la contre-extension ; ses mains servent à l'extension et ont pour point d'appui le coude fléchi et

(1) Kelly in *Dublin Journal of med. Sci.*

appuyé sur la cuisse. Des mouvements complémentaires et des pressions imprimées par les cuisses facilitent la coaptation. Appliquons ces données générales à quelques cas particuliers.

Luxation du coude gauche en arrière. — Le patient s'asseoit à droite de l'opérateur, le membre luxé est placé sous la main droite de celui-ci, elle aussi s'appuie fortement sur la face antérieure de l'humérus, tandis que la région luxée et en particulier l'olécrâne s'appuient sur la face antérieure de la cuisse gauche du chirurgien. Les pieds de celui-ci, en se croisant et s'enlaçant autour du pied de la table, fixent solidement toutes les parties de cette machine à contre-extension vivante. Alors l'opérateur appuie son coude droit sur la face antéro-interne de la cuisse droite et saisit à deux mains le poignet du blessé. Resserrant alors ses deux mains en étendant ses poignets, il exerce une forte traction verticale sur l'avant-bras ; en même temps la cuisse droite, tout en continuant de fixer le bras, appuie par sa face interne sur la face antérieure de l'avant-bras redressé et ainsi opère un mouvement qui contribue à dégager l'olécrâne, que la pression de la main gauche tend à refouler en haut. Si la main droite du chirurgien est assez puissante pour faire l'extension, il pourra aider la coaptation en se servant de cette main.

Luxations du coude en avant.—Le malade toujours assis à droite pour le coude gauche, et réciproquement, placé le bras sur la main droite de l'opérateur, l'avant-bras sous sa main gauche.

Le chirurgien, saisissant le poignet du blessé, cherche à fléchir l'avant-bras, tandis que la face postérieure de sa main gauche le refoule de haut en bas ; ces mouvements combinés ont pour résultat de dégager l'olécrâne et d'amener la réduction du déplacement.

Toutes ces manœuvres sont, comme on le voit, très simples et faciles à répéter ; il n'est pas nécessaire en outre que le chirurgien déploie une force considérable, il faut seulement que ses efforts soient bien énergiques, suffisants, et soutenus assez longtemps pour fatiguer la résistance musculaire qui s'oppose à la réduction.

Suture de l'urèthre (1).

M. le Dr Terrier a eu l'occasion d'enlever de l'urèthre d'un vieillard un lacet que celui-ci s'était introduit dans le canal et qui s'était arrêté dans la portion pénienne au niveau de laquelle il faisait une saillie très appréciable. Une longue incision, de 6 à 8 centimètres, permit d'enlever facilement le corps étranger et M. Terrier, voulant abréger la guérison de la plaie uréthrale, y appliqua une suture au catgut en même temps qu'une sonde à demeure était placée dans le canal ; il ne réunit point la plaie cutanée.

La suture de l'urèthre réussit dans presque toute l'étendue de la plaie sauf dans une longueur de 1 centimètre, néanmoins le malade était complètement guéri un mois après l'opération. A propos de ce cas M. Terrier pense pouvoir recommander la suture de l'urèthre toutes les fois que le canal est ouvert pour extraire un corps étranger ou un calcul, mais il n'admet point cette pratique pour l'uréthrotomie externe, car ce serait absolument contraire au but que l'on se propose en pratiquant cette opération.

(1) Soc. de chirurgie, 26 oct. et 3 nov.

Traitement de la kératite à hypopyon (1).

La kératite purulente, ou kératite infectieuse, est une affection fréquente qui donne lieu le plus souvent à de vastes pertes de substance de la cornée auxquelles succède une cicatrice blanche, mince, opaque, adhérente à l'iris par sa face postérieure, et destinée à subir la dilatation caractéristique qui constitue le staphylôme. Le Dr Gillet de Grandmont vient de recommander un traitement qu'il pratique depuis quelque temps et qui lui a donné les meilleurs résultats, non seulement en hâtant la disparition de la suppuration, mais encore en favorisant la résorption des éléments qui infiltrent la cornée et en faisant ainsi disparaître totalement ou en grande partie l'opacité de la cicatrice. En présence d'une kératite à hypopyon avec destruction assez étendue de la cornée, il faut immédiatement pratiquer l'incision cornéale (opération de Sœmisch), puis évacuer le contenu purulent de la chambre antérieure. Après avoir enlevé, à l'aide d'une pince parfaitement aseptique, la petite quantité de pus qu'elle contient, on y injecte une solution de biiodure *de mercure* au 1/20000 de façon à bien nettoyer la cavité et rincer, pour ainsi dire, l'angle irido-kératique inférieur.

Après ce lavage absolument nécessaire, on fait prendre, toutes les heures, un bain d'œil avec une solution de *bichlorure d'hydrargyre* à 1/2000. Vingt-cinq grammes de ce liquide sont versés dans une petite œillère et le malade lui-même ou un assistant maintient le petit vase appliqué contre l'œil en faisant baigner le globe à travers l'ouverture palpébrale. Les bains de bichlorure ne peuvent durer plus de 4 à 5 minutes, et, quand survient un peu d'irritation du globe oculaire par suite de leur usage, on prend une solution moins forte à 1/3000, et on donne des bains moins fréquents.

L'œil est recouvert après chaque bain d'une compresse imbibée de solution bichlorurée. Ordinairement au bout de 10 à 12 jours la suppuration a disparu. Quand l'iris commence à se séparer de la face profonde de la cornée, il est bon de pratiquer une iridectomie qui permettra la communication entre les deux faces de l'iris. Puis peu à peu la cornée s'éclaircit, l'iris même se détache de sa face postérieure et on peut encore avoir à pratiquer une iridectomie pour perfectionner la vision autant que faire se peut. Le traitement de la kératite purulente par les bains de sublimé donne donc des résultats supérieurs à toutes les autres métho-

(1) Gillet de Grandmont : Soc. de Médecine pratique, août 1886.

des ; il peut de plus être fait par le malade lui-même après que le chirurgien l'aura instruit de la façon de s'en servir.

Dr Barette.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Caisse des pensions de retraite du Corps médical français.

Chers Confrères,

Nous publions aujourd'hui la réfutation des assertions erronées de M. le Dr Damourette contre le fonctionnement et la sécurité absolue de *la Caisse des pensions de retraite du Corps médical Français*.

Cette réfutation est l'œuvre de M. *Lande, secrétaire général du Comité Directeur*. Elle se résume en chiffres qui répondent victorieusement à des chiffres, en calculs qui renversent les calculs de M. Damourette. Ce terrain est solide et prête peu à l'équivoque !

Quant aux attaques formulées contre la caisse des pensions dans un journal de médecine (un seul), M. Lande en a fait également justice.

Nous tenions, chers confrères, à vous rappeler ces faits déjà lointains, pour fixer votre attention sur le travail de M. Lande.

Les colonnes du *Concours* sont ouvertes à M. *Damourette*. Notre confrère s'est défendu, auprès de nous, de toute pensée de suspicion qui ne pouvait venir à l'esprit d'un honnête médecin.

Dès lors, s'il juge à propos de répondre à M. Lande, l'hospitalité du journal lui est acquise aussi largement que le comporte l'importance du sujet.

La *Caisse des pensions de retraites* due à l'initiative du *Concours Médical*, objet de toute sa sollicitude, a besoin de l'appui de tous nos lecteurs. C'est pourquoi nous tenons à vous édifier d'une façon complète sur le solide mécanisme d'une œuvre assurée de vivre et de se développer d'autant plus vite qu'elle sera mieux connue.

Les résultats déjà acquis, le zèle de ses promoteurs et de tous les membres du *Comité directeur* sont les gages assurés de la prospérité de la *Caisse des pensions de retraite*.

L'avenir, sûrement, ratifiera nos prévisions, et aucune attaque n'aura prise sur elle, parce qu'on saura faire disparaître, s'il y avait lieu, les défectuosités signalées par une discussion loyale.

A. C.

Réponse à M. le Dr Damourette (1)

Messieurs,

Au mois de septembre 1885, j'ai reçu de M. le Dr Damourette, Secrétaire de la Société locale de l'arrondissement de Vitry-le-Français, une lettre ayant pour objet de me signaler *la grave erreur sur laquelle repose*, au dire de mon correspondant, toute l'organisation de la Caisse des Pensions de retraite et de *sauvegarder ainsi les intérêts de nos jeunes confrères présents et futurs*.

L'étude attentive de cette lettre ne m'y fit découvrir aucun argument nouveau et j'avoue que je ne crus pas nécessaire de rééditer une réponse à des critiques déjà plusieurs fois réfutées. Depuis, M. Damourette a communiqué sa lettre à l'Association régionale dont il fait partie et l'a fait suivre de calculs fort compliqués, desquels se dégage un projet de caisse nouvelle devant assurer à ses adhérents, à la fois une pension viagère en cas de survie et un capital important en cas de décès.

Le Dr Damourette ayant, avec l'assentiment de l'Association de Vitry-le-Français, répandu son travail dans le Corps médical, j'ai dès lors pensé qu'il était préférable, au lieu d'y répondre à titre individuel, d'en faire une étude complète et de la publier, après vous l'avoir soumise ; nous montrerons ainsi à nos adhérents et à ceux de nos confrères que toutes ces critiques et ces contre-projets troublent et détournent de nous, combien sont peu fondées les accusations, le mot n'est pas trop fort, portées contre notre Caisse des Pensions et combien sont irréalisables ces projets, uniquement basés, ceux-ci comme celles-là, sur de fausses appréciations, des hypothèses ou des calculs de pure fantaisie. Toutes ces attaques ne peuvent rien contre notre Œuvre, elle leur résistera et ainsi sera démontré, pour tous, le soin méticuleux que vous avez apporté aux moindres détails de sa fondation.

M. le Dr Damourette me reproche — étant pris personnellement à partie par mon honorable confrère, je vous prie de m'autoriser à parler, dans cette discussion, à la première personne, ce qui rendra l'argumentation plus claire — M. le Dr Damourette, dis-je, me reproche de n'avoir pas adopté les mêmes tarifs que la Caisse des retraites pour la vieillesse de l'Etat. En effet, nos tarifs sont un peu plus onéreux que ceux de l'Etat pour le souscripteur au-dessous de trente ans et beaucoup plus avantageux pour l'adhérent au-dessus de cet âge.

Ce n'est pas la première fois que cette objection m'est faite. A voir l'ensemble et l'énergie avec lesquels nombre de nos opposants nous l'ont présentée, il semble que la Caisse des retraites de l'Etat soit l'idéal du genre et qu'il faille beaucoup de présomption pour oser établir des tarifs différents de ceux de cette Caisse. Or, tout le monde — sauf nos contradicteurs, sans doute — sait que le ministre des finances a été obligé, en 1884, d'avouer que le déficit de la Caisse des retraites pour la vieillesse s'élevait à 85 millions et qu'il était urgent de modifier complètement le fonctionnement de cette institution si l'on ne voulait pas voir ce déficit augmenter d'année en année. Comment en serait-il autrement, puisque l'Etat accorde un intérêt de 4 1/2 et même de 5 % à certains de ses déposants, quand lui-même ne peut retirer qu'à grand'peine 4 % des valeurs qui lui sont confiées ? Depuis 1884, un projet de loi portant réglementation nouvelle de la Caisse des retraites pour la vieillesse a été élaboré, il est en discussion à la Chambre et au Sénat, et certainement les tarifs nouveaux différeront notablement des anciens. Comprend-on, en présence d'une semblable situation, qu'on vienne encore nous reprocher d'avoir commis au moins une grave erreur en n'adoptant pas les tarifs de l'Etat, alors que l'Etat lui-même, par l'organe du Ministre des finances, les déclare inapplicables sous peine de ruine inévitable ?

Nous faisons payer à nos adhérents de vingt ans 8 fr. 60 c. ; à ceux de vingt-cinq ans, 6 fr. 40 c. de

(1) Lue à la réunion du Comité Directeur, le 6 novembre 1886.

plus que l'État ; cela suffit pour qu'on nous reproche amèrement de *sacrifier les jeunes au bénéfice des vieux*, auxquels en revanche nous demandons à quarante ans 31 fr. 40 c. ; à cinquante ans, 172 fr. 60 c. ; à cinquante-cinq ans, 153 fr. 80 c. de moins que la Caisse de la vieillesse. Tout cela pour *nous être laissé séduire* par la simplicité et l'apparence de justice de l'idée de demander à chaque adhérent de se constituer jusqu'à l'âge de la retraite (soixante ans), et au moyen d'annuités variant avec l'âge d'entrée et la durée de la participation, un même capital, que nous avons appelé *capital type* et devant procurer la retraite type de 1,200 francs.

Les assureurs — des malins ceux-là — ne s'y sont pas laissés prendre, d'après le Dr Damourette, parce qu'ils ont compté non seulement avec la vie probable des assurés arrivés à l'âge de soixante ans, mais encore avec la vie probable des assurés au moment de leur entrée dans l'association. Certes, la différence entre la vie moyenne et la vie probable peut et doit avoir une certaine influence dans quelques-unes des combinaisons auxquelles se prêtent les assurances sur la vie ; mais elles n'ont que faire dans la constitution des pensions de retraite. En effet, cette différence, d'autant plus considérable que l'âge est moins avancé (1), devient nulle à soixante ans, âge auquel justement nous commençons à servir nos pensions. Nous n'avons à nous préoccuper que d'une chose, du nombre de survivants que nous donnera chaque génération ; or, il est bien évident que ce chiffre sera toujours proportionnel aux chiffres indiqués dans les tableaux de survie. Nous nous sommes, en conséquence, attaché à réaliser cette condition que chaque génération se suffise sans avoir besoin de l'aide de ses aînées ou de ses puînées. En d'autres termes, nous avons vérifié par le calcul qu'en prenant tous les adhérents de même âge et en établissant le capital que cette génération acquiert jusqu'à l'âge de la retraite, les sommes abandonnées par des décédés, jointes aux annuités accumulées par les survivants, suffisent pour assurer à ceux-ci la rente statutaire. Nos tarifs ont été ainsi contrôlés pour chaque âge. Il en résulte que nous ne sacrifions pas plus les jeunes que nous ne dépouillons les vieillards. L'action simple et juste de demander à chacun de remplir les mêmes obligations pour avoir les mêmes droits est donc facilement réalisable et n'est pas une décevante utopie.

Mieux fondée en apparence est l'objection qui consiste à nous dire : *Vos pensions sont servies au détriment des adhérents morts avant d'arriver à l'âge de la retraite*, ce à quoi nous répondons, ainsi que nous l'avons fait déjà plusieurs fois : La constitution d'une pension de retraite à capital perdu est à proprement parler une assurance contre la vie ; dans cette assurance, comme dans toutes celles qui couvrent un risque, on n'en bénéficie que si l'on subit le risque ; les primes perdues sont la juste compensation de la garantie dont on a plus ou moins longtemps joui.

M. le Dr Damourette ajoute : *A quoi bon un capital inaliénable pour une œuvre qui pourra être gênée par lui à un moment donné et qui n'en retirera pas d'ailleurs la moindre solidité ?* Il faut avoir vraiment une furieuse envie de dénigrement pour en arriver à ce point d'appeler *gêne* la solidité que peut donner à une œuvre quelconque un capital inaliénable et il suffit d'étudier nos statuts pour nous rendre cette justice que nous avons pris, au contraire, toutes les précautions possibles pour rendre notre création durable, en la mettant à l'abri des fluctuations annuelles que comporte toute entreprise financière dont le fonctionnement repose sur des cotisations variant à chaque exercice avec le nombre des adhérents et l'importance de leurs versements.

A quoi bon alimenter de vos deniers une Caisse de secours? L'Association générale n'est-elle pas riche, n'est-elle pas généreuse pour tous les malheureux qui s'adressent à elle, quand même ils ne lui appartiennent pas ? Nous répondrons à M. Damourette : Oui, l'Association est riche, nous le savons ; mais, quoi que vous en disiez, elle est un peu comme la fourmi de la fable et, si elle donne autre chose que des conseils, elle fait encore la part bien congrue à tous ses pensionnaires. Nous avons une caisse auxiliaire, parce que nous ne sommes pas, quoi que vous en disiez, des *égoïstes* et, ayant fondé une association qui a un but bien déterminé et qui ne demande à ses membres que le strict nécessaire pour atteindre ce but, nous avons cependant songé aux malheurs imprévus qui peuvent plus spécialement frapper dans notre profession et nous avons voulu créer, au moins à titre exceptionnel pour les cas nécessaires et justifiés, la reversibilité de la rente ou la reconstitution du capital au profit d'une veuve ou d'enfants brusquement privés de leur soutien. Pour cela, nous faisons une retenue sur notre propre avoir, nous réservons toutes les donations et obtenons ainsi, je le répète, dans les cas nécessaires, un capital qui ne pourrait être réalisé d'une façon régulière et uniforme pour tous qu'au prix de grands sacrifices, c'est-à-dire de cotisations onéreuses et hors de proportion avec les ressources de la plupart de nos associés.

Une retraite de 4,800 francs, s'écrie plus loin le Dr Damourette, *c'est dangereux et peu confraternel* ! J'avoue que je ne comprends pas ; car, enfin, les cotisations annuelles de chaque adhérent et, par suite, la somme qu'il peut laisser à l'association sont d'autant plus considérables que le chiffre de la retraite est plus élevé, et le confrère, qui, pour des raisons spéciales, tient à s'assurer une retraite importante, contribue pour une grosse part à l'accroissement du capital de l'œuvre. Enfin, cette somme de 4,800 francs n'a rien de bien extraordinaire, étant données les conditions actuelles d'existence et elle sera uniquement choisie par des confrères n'ayant pas de famille ou une famille dont les membres seront à l'abri de toutes les éventualités.

Le Dr Damourette ajoute : *Quant à l'assurance des femmes de médecins à des prix de faveur, y pensez-vous* ? Je répondrai aussitôt : Mais non, nous n'y pensons pas ; vous n'avez pas bien lu nos statuts, mon cher confrère ! Nous assurons les femmes aux mêmes conditions que leurs maris : nous ne leur faisons, à notre grand regret, aucune faveur. Et nous ne comprenons pas, dès lors, que vous veniez nous parler des pertes que nous éprouverions par le fait de leurs adhésions. Nous ne perdrons pas plus que sur leurs maris et vous savez que, malgré vos objections, nous nous obstinons à penser que nous n'aurons pas de déficit.

Les adhérents de soixante à soixante-cinq ans devront avoir une foi bien robuste dans leur vita-

(1)	40 ans	3 mois	contre	44 ans	2 mois	à	20 ans.
	34 —	1	—	36 —	10	—	30 —
	27 —	6	—	29 —		—	50 —
	20 —	5	—	21 —		—	55 —
	14 —	3	—	14 —		—	60 —

lité pour tenter la chance de jouir d'une retraite après dix ans. Cela les regarde et ce sera leur faute s'ils ont tant tardé à entrer dans l'association ; mais, malgré votre invitation, nous n'instituerons pas pour eux des rentes immédiates après dépôt d'un capital indéterminé, car nous ne voulons pas faire de notre association une caisse de rentes viagères, mais lui garder son caractère essentiel de caisse de retraite en exigeant de chaque adhérent une participation effective d'une certaine durée, fixée au minimum à dix années.

M. Damourette déclare ses objections indiscutables, à moins de *cécité volontaire* ; malgré ses assertions, je déclare que je ne vois pas du tout ce qu'il appelle « la disproportion des charges, et l'impossibilité de l'assurance des femmes ».

Mais, comme bien vous pensez, notre confrère ne s'est pas contenté d'essayer de démolir notre organisation et de réclamer la révision de nos statuts — nos adhérents ne la demandent pas, eux qui sont intéressés à la prospérité de la Caisse — il a cherché à reconstruire. Nous allons examiner, à notre tour, sur quelles bases M. Damourette a édifié son projet et quels matériaux il a employés.

Il a commencé par construire une table de mortalité des médecins. Pour cela, il lui a suffi d'un renseignement fourni par M. Brun, il y a quelques années, et duquel il résulte que, dans la Société centrale, il meurt 22 médecins sur 1,000 et il a attribué cette mortalité à une société de médecins de trente ans (il faut comprendre à une société de médecins de trente ans et au-dessus). Partant de là et se servant comme échelle de la table de Deparcieux et des chiffres de mortalité indiqués à chaque âge par cette table, il établit au moyen de proportions successives la table spéciale aux medecins et arrive à ce résultat aussi surprenant que peu consolant pour nous ; c'est que partis 1,000 à trente ans, les médecins ne sont plus que 10,58, mettons 11 à soixante-seize ans... et au delà plus rien.

Ce résultat aurait dû ouvrir les yeux de notre honorable contradicteur qui, lui, n'est pas atteint de cécité volontaire ! Ou bien, le Corps médical de la Marne paye-t-il à la Parque un si cruel tribut que les médecins octogénaires y soient inconnus ? Comment, les tables de mortalité donnent des survivants jusqu'à quatre-vingt-quinze ans, sans compter les exceptions, et un récent anniversaire nous a démontré qu'elles n'étaient pas rares dans notre beau pays de France, et nous, malheureux médecins, nous serions condamnés à ne jamais voir notre seizième lustre ! Nous admettons bien que nous avons une mortalité un peu supérieure à celle du vulgaire ; mais vingt ans de moins de vie probable, par Esculape ! c'est trop, et je demande à entrer dans les épices.

Il doit y avoir erreur — je dis mal — il y a des erreurs, et elles ne sont pas difficiles à découvrir. Et d'abord, le chiffre de mortalité de 22 sur 1,000 est établi sur une statistique peu étendue, la Société centrale ne comptant que quelques centaines de membres (862 en 1885, ayant donné 27 décès), son exactitude est donc loin d'être incontestable. En second lieu, M. Damourette, de son autorité privée, l'applique à une société de médecins de trente ans, ce qui est une hypothèse purement gratuite, la Société centrale comptant certainement nombre d'associés au-dessus de cet âge.

Enfin, où M. Damourette a commis une erreur capitale, c'est quand il a appliqué au chiffre qui représente le nombre des vivants à trente ans cette léthalité de 22 ‰, qui s'applique seulement à l'ensemble de tous les vivants à partir de trente ans. Prenant pour base le résultat de cette opération, il a établi une série de calculs proportionnels qui peuvent en imposer à première vue, mais derrière lesquels apparaît monstrueuse cette confusion entre le chiffre des vivants, à partir de cet âge.........

Pour rendre évidentes aux yeux de tous les conséquences de cette confusion et, par la même occasion, le peu de solidité des éléments de calcul de M. Damourette, il me suffira de rappeler que, d'après Deparcieux, la mortalité sur l'ensemble des vivants de trente ans et au-dessus est de 28,936 ‰, chiffre fort éloigné de celui de 22 ‰ adopté par notre confrère, et que celle des vivants de trente ans est de 8 sur 734 (Deparcieux) ou 10,89 ‰ contre 14,60 (Damourette). Notre confrère, ayant admis une léthalité générale plus faible que la léthalité générale ordinaire, arrive, par ses calculs erronés, à une mortalité annuelle des médecins plus forte que la mortalité annuelle moyenne et le résultat final de cette anomalie, je l'ai indiqué plus haut : il n'y a plus de médecins au-dessus de soixante-seize ans !!!

Que dire maintenant de toutes les combinaisons financières résultant de semblables données ? Tout s'écroule. Toujours la fable de Perrette et de son pot au lait ; adieu rentes, héritages et annuités perpétuées !

Notre Caisse des Pensions de retraite n'est sans doute pas parfaite, nous le savons ; nous ne demandons et nous ne cherchons qu'à la perfectionner, mais vrai, ce n'était pas à M. Damourette de parler de notre paille... ; il aurait pu, dans tous les cas, en parler en termes plus confraternels. Mais nous sommes sans rancune et entendrons volontiers de nouvelles critiques appuyées sur des calculs plus rigoureux.

L. LANDE.

Bilan de la Caisse des pensions de retraite du corps médical français

au 29 novembre 1886.

	Doit.	Avoir.
Caisse	101.231 53	99.897 87
Caisse des Pensions de retraite.	1.547 29	1.800 »
Caisse auxiliaire		1.547 29
Cotisations		92.854 20
Frais généraux	4.010 93	315 19
Obligations du chemin de fer du Midi	11.306 55	862 35
Rente 3 0/0 amortissable	32.805 35	1.792 50
Obligations foncières 1883	18.395 »	1.090 »
Obligations communales 1885.	24.705 25	970 »
Obligations chemin de fer d'Orléans	7.127 50	
Totaux	201.129 40	201.129 40

Situation au 29 novembre 1886.

DOIT

Cotisations	92,854 20
Dons à la Caisse des Pensions	1.800 »
Dons à la Caisse auxiliaire	550 »
Intérêts des valeurs	4.714 85
Profits et pertes	315 19
Total	100.234 24

AVOIR

Valeurs	Obligations du Midi	11.306 55	94.339 65
	Rente amortissable	32.805 35	
	Obligations foncières	18.395 »	
	Obligat. communales.	24.705 25	
	Obligations d'Orléans	7.127 50	

Frais généraux	4.010 93
En caisse au 29 novembre 1886	1.883 66
Total égal	100.234 24

CAISSE AUXILIAIRE

Produit de la retenue de 1 0/0 sur la recette brute	997 29
Dons	550 »
Total	1.547 29

Le Trésorier: Dr H. VERDALLE.

OPHTHALMOLOGIE PRATIQUE

Manifestations oculaires de la syphilis héréditaire.

La syphilis héréditaire exerce dans l'organisme des ravages sur lesquels l'attention est éveillée depuis quelques années et qui ont déjà fait l'objet d'un article dans ce journal (voir table).

C'est surtout lorsqu'elle frappe un organe aussi sensible et aussi délicat que le globe oculaire que grandit l'intérêt qui s'attache à son étude.

Presque toutes les membranes de l'œil peuvent être atteintes par la diathèse. Aussi passerons-nous rapidement en revue :

1° les kératites ;
2° les iritis ;
3° les chorio-rétinites ;
4° les manifestations exceptionnelles.

La *Kératite interstitielle*, hérédo-syphilitique d'Hutchinson est très fréquente chez les enfants entachés de vérole congénitale ; elle semble épargner les très jeunes enfants, pour affecter rigoureusement les sujets âgés de 5 à 7 ans, voire même les adolescents et les adultes.

Elle coïncide fréquemment avec des troubles auditifs et avec les altérations dentaires connues sous le nom de dents d'Hutchinson ou de dents syphilitiques. Cette maladie envahit presque toujours successivement les deux yeux.

On en distingue deux formes :

1° la forme torpide.
2° la forme aiguë, vasculaire.

Dans le 1er cas, des opacités diffuses, grisâtres apparaissent tantôt superficielles, tantôt profondes, jusqu'à opacification nuageuse totale de la cornée ; il n'y a pas de réaction inflammatoire !

Dans le 2e cas, il nait des vaisseaux minuscules à mailles étroites qui bientôt donnent à la cornée une apparence charnue. La douleur et la photophobie existent en même temps.

Dans les deux cas, l'iris est meilleure !

Le traitement consiste en des instillations de collyre à l'atropine renouvelée 2 à 3 fois par jour et en fomentations chaudes.

Cette médication devra être continuée pendant longtemps sans découragement de la part du malade ni du médecin ; elle est presque toujours suivie d'un succès complet. On ne devra l'abandonner qu'à la période terminale, au moment où des taies semblent persister ; on substituera alors à l'atropine l'intromission un fois par jour entre les paupières d'une petite quantité de la pommade à l'oxyde jaune de mercure (0,75 cent. p. 10 gr. de vaseline).

Pendant tout le cours de la maladie on devra insister sur le traitement général que je signale ici une fois pour toutes et qui s'applique aux diverses lésions oculaires produits par la syphilis héréditaire.

Celui-ci se composera de frictions mercurielles faites pendant 8 jours sur 15 et d'administration de 1 à 4 et 6 gr. par jour d'iodure de potassium suivant l'âge des malades.

Les *Iritis* sont plus rares et moins bien connues; j'en ai donné récemment une classification que je répéterai ici en n'indiquant que les gros traits. Leurs formes cliniques soit dans le jeune âge, soit à une période plus avancée de la vie sont plus variées qu'on ne le croit. Il en existe quatre :

1° l'iritis aiguë ;
2° l'iritis chronique simple ou compliquée ;
3° l'iritis gommeuse ;
4° l'iritis séreuse ou aquo-capsulite des anciens auteurs.

La 1re variété est rare. Elle est caractérisée par une injection conjonctivale assez considérable, des douleurs ciliaires, de la photophobie, de la déformation pupillaire et par les autres signes et les autres conséquences des iritis aiguës vulgaires.... J'en ai observé un bel exemple sur une petite fille de 12 ans, manifestement hérédo-syphilitique. La lésion, qui ne s'était en rien modifiée sous l'influence des remèdes usuels, et du salicylate de soude, céda rapidement à l'emploi des frictions mercurielles et de l'iodure de potassium.

La seconde variété est de beaucoup la plus commune. C'est l'iritis typique d'Hutchinson.

Le début en est lent, insidieux, sans réaction. La vascularisation y est faible. Les synéchies s'y constituent peu à peu en déformant graduellement la pupille. La douleur y est presque nulle. Il se produit un exsudat en général abondant, blanc, jaune ou rougeâtre, en même temps que l'iris se gonfle et change de couleur. On comprend avec quelle facilité cette variété peut aboutir à l'obstruction pupillaire.

Comme règle, la cornée reste intacte, parfois elle se sclérose.

Cette variété peut exister seule, comme aussi se compliquer de lésions profondes (hyalitis, chorio-rétinites).

La variété gommeuse est moins rare qu'on ne le croit ; elle est souvent méconnue. J'ai cité dernièrement (*Bulletin de la Clinique des Quinze-Vingts*, octobre 1886) un cas qui se résume en ceci : Un sujet fut soumis par un confrère à l'énucléation d'un œil pour de prétendus tubercules de l'iris; plus tard, l'autre œil ayant été semblablement affecté, je prescrivis un traitement ioduré et mercuriel et les tumeurs disparurent. Nettleship et Fox citent un fait analogue. Quelle terrible conséquence d'un examen incomplet !

Les gommes iriennes se présentent, sous forme de nodosités jaunâtres, peu nombreuses, parfois entourées d'un liseré brun, siégeant fréquemment au niveau du bord pupillaire à la partie supéro-interne. Par le traitement, elles guérissent en laissant une atrophie et un changement de coloration de l'iris.

La quatrième variété est la plus rare. Hutchinson n'a pu en relater qu'un exemple. Massaloux-Laminerie (thèse de Paris 1883) en cite un assez probant. J'en ai observé dernièrement un cas très net que je publierai bientôt.

Dans cette variété, outre les signes ordinaires d'iritis, l'humeur aqueuse devient trouble, louche et il se fait un dépôt pointillé blanchâtre à la surface de la membrane de Descemet. Signalons la possibilité de complications glaucomateuses (irido-cyclite).

Le traitement local de ces iritis consiste en instillations de collyre à l'atropine qui seraient renouvelées d'autant plus souvent que les synéchies céderont plus difficilement. On pourra les faire jusqu'à 5 et 6 fois par jour.

La chorio-rétinite constitue une des manifestations les plus fréquentes de l'hérédo-syphilis. Elle est souvent méconnue parce qu'elle se produit, dans nombre de cas, en même temps qu'une kératite ou qu'une iritis, affections qui empêchent l'exploration du fond de l'œil. Cette maladie apparaît à tout âge et n'est pas rare chez les adultes de 20 à 25 ans. Elle est mono ou bi-latérale.

Les lésions de la choroïde et de la rétine sont trop intimement liées pour qu'on puisse les isoler dans la description.

Hutchinson décrit à ces chorio-rétinite trois périodes : Dans la première, l'acuité visuelle diminue lentement ; en même temps des plaques exsudatives diffuses se forment sur la choroïde, le corps vitré se trouble, la papille se voile. Dans la seconde, la vue s'améliore, les plaques sont mieux définies ; dans la troisième, qui équivaut souvent à la guérison, les plaques se circonscrivent. En somme, il se fait là un mélange de choroïdite disséminée et diffuse.

Lorsque l'affection est ancienne on ne rencontre plus guère que des plaques blanches d'atrophie choroïdienne.

Il est rare que la chorio-rétinite aboutisse à la cécité complète, elle abaisse l'acuité visuelle, produit des scotomes et n'amène de désordres irréparables que quand elle frappe la macula. Le traitement local cède ici la place au traitement général, surtout actif au début de l'affection.

Parmi les *manifestations exceptionnelles* de la syphilis congénitale sur l'organe de la vue, nous citerons l'hyalitis sans lésions profondes, la rétinite pigmentaire, la cataracte congénitale, l'atrophie papillaire le plus souvent consécutive aux chorio-rétinites, certaines formes de strabisme et de dacryocystites. Je me hâte d'ajouter qu'il y a fort peu d'observations concluantes sur ces dernières affections et que leur étude est loin d'être aussi importante que celle des premières.

En résumé, au point de vue du diagnostic de la syphilis héréditaire, l'examen de l'œil est indispensable, vu la fréquence des manifestations de la diathèse sur cet organe. D'un autre côté, la recherche de la vérole congénitale est non moins utile pour le médecin qui se trouve en face d'une maladie de l'œil à étiologie embarrassante. Si le praticien sait apprécier les relations qui existent entre l'infection syphilitique et l'organe de la vue, il aura l'heureuse fortune de réussir dans des cas où d'autres échoueront et sauvera son malade d'un désastre irréparable.

A. Trousseau.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

Association professionnelle médicale de Belfort.

Assemblée générale du 10 Octobre 1886 à Belfort.

SOMMAIRE :

Dépôt des Statuts, conformément à la loi du 21 mars 1884. — Situation financière.
Examen de diverses propositions émanant de la Société d'Alger.— Critique du projet de caisse des retraites de M. Trolard, qui paraît irréalisable. — Rejet de ce projet. — Apologie de la Caisse des retraites (Projet Lande).
Établissement d'un livre noir, pour l'inscription facultative des mauvais clients.
Adhésion à l'Union des Syndicats médicaux de France, à partir de 1887.

La séance est ouverte à midi dans une des salles de l'hôtel de ville, sous la présidence de M. le docteur Lorber (Beaucourt) ; assesseurs : MM. les docteurs Bardy et Duvernoy.

Sont présents : MM. les docteurs Bubendorf, Gromier, Luc, Nidergang, et Tauflieb.

Se sont excusés : MM. les docteurs Desprez, Courtet, Grellot, Friset, et Lorber (Fesches-le-Chatel).

MM. Grisez et Grellot se font représenter par M. Bardy, M. Courtet par M. Duvernoy, M. Desprez par M. Nidergang, et M. Lorber, de Fesches, par M. Lorber, de Beaucourt.

M. Bardy annonce que, suivant la loi du 22 mars 1884 sur les Syndicats professionnels, il a fait dépôt à la mairie de Belfort, des Statuts de l'association et en a obtenu récépissé en date du 19 juin 1886. Puis il donne lecture du procès-verbal de la séance du 6 juin dernier. Le procès-verbal est adopté.

M. le Président annonce que l'Association a obtenu l'adhésion de MM. les docteurs Courtet (Granvillars), et Grellot (Giromagny), et il déclare ces confrères admis, ce qui porte à 13 le nombre des membres du Syndicat.

M. Bardy expose la situation financière. Les recettes s'élèvent à 77 fr., et les dépenses à 21 fr. 60. Il existe donc en caisse 55 fr. 40. Ces comptes sont approuvés.

M. le Président donne lecture d'une lettre circulaire du Président de la Société locale d'Alger, par laquelle il consulte ses collègues des autres Sociétés locales sur des propositions qui ont été votées par la Société d'Alger. M. le Président ajoute : « Comme tous, nous faisons partie de l'Association générale ; comme notre Société locale ne tiendra pas de réunion avant deux ans, je crois que nous sommes en mesure de délibérer sur ces questions qui figurent à notre ordre du jour, d'autant plus que notre Syndicat représente la grande majorité des membres de la Société locale du territoire de Belfort : 13 sur 19. »

1° — Le Projet de Caisse des Retraites est un placement à intérêts très élevés, mais la perception de ces intérêts est très aléatoire. L'association générale fournira-t-elle les 2.50 0/0 qui lui sont demandés ?

Trouvera-t-on un placement sûr à 4.50 ? En supposant même la capitalisation au taux admis par la Société d'Alger, avec 1.00 fr. de cotisation annuelle il n'existera jamais qu'une somme relativement minime à la mort du sociétaire ou à l'âge de la retraite. Autant capitaliser soi-même à sa guise ! Nous possédons une caisse de retraites très bien organisée et très bien gérée par les docteurs Lande et Verdalle de Bordeaux, et qui fonctionne depuis près de trois ans avec d'excellents résultats. C'est vers elle que doivent se porter toutes nos préférences.

Le projet de Caisse de Retraites, tel qu'il est formulé par la Société d'Alger, n'est pas approuvé.

2° L'asile de Tipiza serait une création très digne d'intérêt, répondant à un véritable besoin, mais son éloignement de nos régions le rend inaccessible à nos invalides.

3° Quant au projet d'entente et d'action commune entre toutes les Sociétés de France et d'Algérie, il réunit l'approbation unanime de l'Assemblée.

L'ordre du jour appelle la question de l'établisse-

ment d'un *livre noir*, destiné à recevoir les noms des clients, qui, malgré une certaine position de fortune, refusent de régler les honoraires de leur médecin, et vont auprès d'autres confrères chercher à faire de nouvelles dupes. Le *livre noir* est adopté. Il sera fait par les soins du Secrétaire, chez lequel il restera déposé. Les membres de l'Association pourront le consulter à *titre de renseignement*. Il est bien entendu que l'inscription des mauvais clients sur le livre noir est simplement facultative, et facultative aussi la conduite que les membres de l'association auront à tenir envers les personnes dont le nom y sera inscrit. Chacun enverra au Secrétaire la liste des noms qui lui paraîtront devoir figurer sur le livre noir.

L'assemblée décide de faire partie de l'Union des Syndicats de France, à partir du 1er janvier 1887. La cotisation du Syndicat de Belfort sera versée à la Caisse de l'Union par les soins de M. Bardy, syndicat.

Pour faire face à cette dépense nouvelle, la cotisation annuelle est portée à cinq francs, à partir de l'année 1887.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 1 heure.

Un banquet réunit ensuite les confrères syndiqués à l'hôtel de l'Ancienne Poste. La plus franche cordialité a présidé à ce dîner, et l'on s'est séparé en emportant de cette réunion le meilleur souvenir, et la promesse d'être exact à l'Assemblée de mai 1887.

Le Secrétaire,
Dr Bardy.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André, 3.

NÉCROLOGIE

Le docteur SUILLET.

Nous avons la douleur d'annoncer le décès d'un des membres les plus respectés de notre Société, M. le Dr Suillet *(de Senlis) qui vient de succomber mardi dernier, à l'âge de 66 ans, malgré les soins qui lui ont été prodigués par M. Henri* Huchard, *médecin de l'hôpital Tenon, et par M. le professeur* Potain. *Cette mort met dans le deuil notre* directeur, M. Cézilly, *dont M. Suillet était l'oncle.*

M. Suillet appartenait à une famille essentiellement médicale. Il avait pour grand-oncle le célèbre médecin et anatomiste Bayle, *dont plusieurs descendants exercent encore la médecine et sont alliés à des notabilités du corps médical des hôpitaux de Paris.*

Malheureusement pour M. Suillet, l'appui si utile, que lui eût fourni Bayle, lui manqua de bonne heure, celui-ci ayant succombé jeune à une affection tuberculeuse, contractée comme celle de son émule Laënnec, *à l'occasion de leurs travaux sur cette terrible maladie.*

M. Suillet *s'était, après de très bonnes études, établi à Paris en 1845 ; mais la Révolution de 1848 modifia ses projets ; désireux de se livrer à des recherches sur l'agriculture, il alla s'établir, dans le département de l'Oise, à la* Chapelle-en-Serval, *où il exerça la médecine jusqu'en 1870, avec un dévouement sans égal qui lui conquit toutes les sympathies et dont le souvenir sera toujours vivace.*

En 1870, la guerre et la perturbation qu'elle amena dans tant d'existences, l'obligèrent à se fixer à Senlis *où il fut bientôt l'objet de la considération de tous; il devint, successivement, médecin de l'hospice* général, *médecin* des prisons, *du* bureau de bienfaisance *et du* Collège Saint-Vincent.

Le caractère dominant de M. le Dr *Suillet était la multiplicité des aptitudes intellectuelles ; il s'occupait, avec succès, de plusieurs branches de la science (physique, histoire naturelle, chimie), de littérature, d'agronomie, d'économie politique. Il eut même l'honneur enviable d'être lauréat du concours organisé par MM.* Péreire *pour le meilleur travail d'économie politique.*

Les heures que M. Suillet consacrait à ces diverses études ne portaient aucun préjudice à sa clientèle, et on peut dire, sans éloge banal, que jamais praticien ne se montra plus actif, plus dévoué et plus attentif. Aussi ne comptait-il que des amis et des admirateurs de son courage professionnel.

Ses obsèques, faites suivant son désir formel, avec la plus grande simplicité, se sont accomplies au milieu d'un deuil général. Le président du conseil d'administration de l'hospice, M. Odent, a tenu à dire, du nom des pauvres, un dernier adieu à celui qui les avait soignés avec tant de zèle. « M. Suillet, a-t-il dit, a apporté, dans son service, cette douceur, cette régularité si appréciées des pauvres malades. Il était toujours prêt à se rendre au moindre appel ; le jour et la nuit il était là, et il ne quittait sa salle que lorsqu'il était bien sûr que sa présence n'y était plus nécessaire ; il était bien l'homme du devoir. »

N'est-ce pas le plus bel éloge qu'on pût faire de notre si regretté confrère ? Puisse le souvenir de son existence, si noble et si bien remplie, adoucir la douleur des siens ! Ils perdent, sa femme, le meilleur des maris ; ses enfants, un père bon entre les bons.

L'estime publique sera, encore une fois, à peu près l'unique héritage laissé par le Dr *Suillet, après un demi-siècle de la pratique médicale la plus active, de la vie la plus laborieuse et la plus austère. Cet héritage en vaut bien un autre !*

Ses confrères de Senlis qui assistaient au convoi et l'Association des médecins de l'Oise dont il était membre depuis la fondation et l'un des rares survivants de cette époque, sauront bien s'unir pour adoucir à son honorable famille le vide profond causé par la perte de son chef.

Neuvième année **N° 2** 8 Janvier 1887

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

L'antifébrine ou acétanilide.

MM. Cahn et Hepp, assistants du professeur Kussmaul, ont fait connaître, au cours de leur dernière année, les propriétés antithermiques d'un corps appelé acétanilide ou phénylacétamide, auquel ils ont donné le nom, plus facile à retenir pour les médecins, de antifébrine; voilà donc un concurrent pour l'antipyrine. D'autres médecins allemands : Frænkel, Krieger ont expérimenté l'antifébrine. En France, M. le professeur Lépine (de Lyon) l'a étudiée, d'abord au point de vue de son action contre la fièvre, mais il a insisté aussi tout spécialement sur la propriété qu'elle a de soulager certains phénomènes nerveux.

M. Lépine a commencé naturellement par rechercher, avec le soin qu'il apporte à tous ses travaux, les phénomènes physiologiques et toxiques que le médicament nouveau produit chez l'animal, de manière à fixer aussi exactement que possible les doses maniables, estimées par kilogramme de substance vivante, suivant le procédé adopté par tous les thérapeutistes modernes.

Nous ne les rapporterons pas ici, mais nous notons que, chez l'homme sain, d'après M. Lépine, une dose de 0 gr. 50 d'acétanilide ne produit pas, en général, de phénomène bien appréciable. Deux ou trois doses semblables dans les 24 heures amènent le plus souvent une diminution de la quantité d'urine, parfois quelques sensations vagues, plus rarement de la constipation et de la somnolence et fort exceptionnellement de la céphalalgie ou quelques nausées, sans vomissement. A dose plus forte et continuée quelques jours, elle produit de la cyanose du visage et des extrémités, qui cesse aussitôt qu'on supprime le médicament ; M. Lépine n'a pas chez l'homme sain dépassé 4 grammes.

Quant à l'action thérapeutique, elle consiste, au point de vue de la fièvre, en des effets antithermiques fort nets et analogues à ceux d'une dose plus que double d'antipyrine. Dans la fièvre typhoïde, l'administration du médicament au moment de l'acmé a produit une chute de la température, dont le minimum n'a pas dépassé 37° et qui causait une sensation de bien-être au malade. On a pu empêcher l'exacerbation fébrile de se produire en donnant 0 gr. 50 d'acétanilide dans un cachet avant le moment probable de l'ascension thermique. M. Lépine a pu couper des accès de fièvre paludéenne avec l'antifébrine.

Mais c'est surtout comme médicament *nervin* que l'acétanilide a paru utile à M. Lépine. Il a toujours vu les douleurs se calmer comme par enchantement par une ou deux doses de 0 gr. 50 d'acétanilide, qu'on pourrait sans inconvénient doubler au besoin. C'est au bout d'une demi-heure que les malades se trouvent soulagés. M. Lépine a employé aussi l'acétanilide avec succès, dans des névralgies ; il a vu sous son influence diminuer le tremblement dans la sclérose en plaques. Le professeur de Lyon conclut donc que l'acétanilide, dénomination qu'il préfère à celle d'antifébrine, est non seulement un antithermique, mais un puissant médicament nervin.

Transport de certains phénomènes nerveux d'un sujet à un autre sous l'influence de l'aimant.

M. le Dr *Babinski*, le savant chef de clinique de M. le professeur Charcot, a signalé dans ces derniers temps de bien curieuses expériences qu'il a faites sur ce point nouveau de neuro-pathologie (1).

Sous l'influence de l'application de métaux ou bien encore de l'aimant, on peut voir chez certains sujets quelques manifestations de l'hystérie, telles que l'anesthésie sensitive et sensorielle, les paralysies, les contractures, les arthralgies, lorsqu'elles sont limitées à un côté du corps, disparaître de ce

(1) *Société de biologie*, novembre 1886.

côté et apparaître du côté opposé. C'est là, comme on le sait, le phénomène du TRANSFERT. Souvent ce transfert d'un côté à l'autre du corps recommence en quelque sorte spontanément sans nouvelle application métallique et se repète un certain nombre de fois de suite. Ce phénomène a été indiqué pour la première fois par M. Charcot, qui lui a donné le nom d'*oscillations consécutives*.

Les recherches nouvelles de M. Babinski lui ont montré que deux sujets peuvent jouer au point de vue du transfert, l'un par rapport à l'autre, un rôle analogue à celui que joue chez un seul sujet un côté du corps par rapport au côté opposé. Dans ses expériences, les malades ont été placés dans la situation assise, tournés dos à dos. Il n'est pas nécessaire qu'il y ait contact entre eux, mais, s'il y a contact, le transfert est plus rapide que lorsque les malades sont à une certaine distance l'un de l'autre.

Toutes les précautions ont été prises pour qu'il soit impossible d'incriminer la suggestion ou la simulation.

Dans une première catégorie d'expériences pratiquées sur deux hystéro-épileptiques hypnotisables, M. Babinski a pu transférer de l'une à l'autre de ces malades l'hémianesthésie dont elles étaient atteintes, ainsi que certains accidents qu'il produisait habituellement chez l'une d'elles par suggestion : des paralysies diverses, flaques ou spasmodiques, monoplégies brachiales ou crurales, hémiplégies, paraplégies, des coxalgies, le mutisme, etc.

Il parait donc acquis que deux sujets peuvent jouer, l'un par rapport à l'autre, au point de vue du transfert, un rôle analogue à celui que joue chez un seul sujet un côté du corps par rapport au côté opposé.

Dans une deuxième catégorie d'expériences, M. Babinski a mis en rapport avec les sujets précédents des malades atteints de paralysies hystériques diverses spontanées. Ces accidents se transmettent, avons-nous dit, au sujet hypnotisable, mais, le plus souvent, persistent en même temps chez les malades présentant la paralysie spontanée. Pourtant, dans certains cas, M. Babinski a obtenu l'amélioration de paralysie sponstanée, de mutisme hystérique à la suite de plusieurs expériences consécutives, et il émet l'espérance qu'il y aurait peut-être là une méthode de traitement.

M. Babinski a découvert aussi que les manifestations hystériques ne sont pas seules susceptibles d'être transmises d'un sujet à un autre. En effet, il a pu obtenir la transmission de certains phénomènes liés à des altérations organiques du système nerveux.

« Nous nous sommes placé, dit-il, dans les conditions suivantes : nous avons pris plusieurs malades hommes ou femmes, atteints d'affections organiques du système nerveux et nous les avons mis en rapport avec nos sujets hypnotisables. L'hystérique était plongée dans la période somnambulique du grand hypnotisme, et la situation des deux malades l'un par rapport à l'autre était semblable à celle dans laquelle nous avions mis les hystériques dans les expériences précédentes. Nous avons pris aussi les mêmes précautions pour éviter toute suggestion et toute simulation. Voici quelques-unes de ces expériences : Nous avons pris d'abord une malade atteinte d'hémiatrophie cérébrale infantile, caractérisée par les symptômes suivants : hémiplégie spasmodique avec intégrité de la face, athétose. L'athétose ne s'est pas transmise à l'hystérique hypnotisée, mais il s'est développé chez elle une hémiplégie spasmodique avec intégrité de la face, et la main de l'hystérique a pris une attitude toute spéciale (main fléchie

---

FEUILLETON

Cercle médical du Pays Quingeois.

L'ingratitude (fin.)

Tenez, dans tout cela les autres n'ont rien à perdre en considération. Mais nous ?....

On a tout profit à laisser faire, à laisser passer. Sous le rapport de la dignité, on gagne beaucoup à se montrer, quand on le peut, supérieur à des vétilles d'amour-propre et à des pertes d'argent ou de clientèle qui sont une de ces misères communes à toutes les professions.

— On gagne peu, j'en conviens, dit Kœnig, à se plaindre de ses mauvais clients. Mais encore ne faut-il pas les ménager, quand l'occasion s'en présente.

— On devrait d'abord ne pas se jeter si vite à la figure des gens, ne pas être si facilement le serviteur de tout le monde...

— Oui, mais quand par malechance on a traité un de ces mauvais clients, — car enfin on a beau se défier, un accident de fortune vous en procure, — m'est avis qu'il ne faut pas le ménager.

— C'est de bonne guerre, dit Sévérin.

Mon ami Quatranvaux avait donné des soins au vieux Titon, célibataire aussi avare que riche, un peu usurier. Pour quelle maladie? la discrétion professionnelle ne nous permet pas de le divulguer : disons seulement que Quatranvaux avait sondé Titon le riche, comme on l'appelait.

Quand il fut question de régler les honoraires, Titon renifla. Il était dur à la détente !

Pour ne pas sortir de son caractère, le docteur Quatranvaux, qui n'avait eu de sa vie de contestation avec personne, ne voulut pas exercer des poursuites judiciaires contre son client récalcitrant. Mais il cessa tout à fait d'être son médecin.

A quelques années de là, Titon fut repris de sa colique. La vessie cessa de fonctionner. Plus ce réservoir à urine se remplissait, plus son diable de col refusait de s'ouvrir. Il fallut de nouveau recourir au cathéter.

Le médecin qui avait succédé à Quatranvaux chez notre usurier n'ayant pu sonder son malade, on fit venir un confrère qui échoua pareillement, puis un autre qui ne fut pas plus heureux. Titon deman-

sur l'avant-bras, doigts fortement étendus sur la main et écartés les uns des autres) semblable à celle que présente dans une de ses positions les plus habituelles la main du sujet atteint d'athétose.

Nous avons choisi ensuite une malade atteinte de ramollissement cérébral ; elle présente une hémiplégie droite avec aphasie ; il y a une déviation de la bouche qui a été autrefois beaucoup plus accentuée. L'aphasie ne s'est pas transmise, mais l'hystérique a ressenti un engourdissement dans tout le côté gauche du corps, y compris le côté gauche de la face, et il s'est développé une hémiplégie gauche ; il y a eu une forte déviation de la commissure labiale ; cette déviation nous a paru être de nature spasmodique ; la langue s'est aussi déviée à gauche.

Puis, nous avons pris un malade atteint de sclérose en plaques présentant entre autres symptômes la parole scandée caractéristique de cette affection, le tremblement spécial et une parésie des quatre membres. Ces différents symptômes se sont transmis à l'hystérique, mais non à l'état de pureté absolue ; la paralysie a été plus accentuée chez l'hystérique ; la langue s'est embarrassée ; la parole est devenue bégayante, beaucoup plus difficile que chez le sujet atteint de sclérose en plaques, et ne présentait pas exactement le même rythme. — Nous avons fait venir ensuite d'autres malades atteints de sclérose en plaques et nous avons obtenu des résultats analogues. »

Les faits que M. Babinski a observés suffisent pour établir que certains phénomènes liés à des lésions organiques du système nerveux peuvent être transmis sous l'influence de l'aimant à une hystérique placée dans la période somnambulique du grand hypnotisme.

M. Babinski se garde bien d'émettre une théorie quelconque au sujet de ces phénomènes, mais il a cru avec raison que les faits constatés par lui étaient assez nets et intéressants pour être signalés.

Etudes expérimentales sur la contagion, faites au moyen de la pyocyanine.

L'incurie des pouvoirs publics en France à profiter des travaux de laboratoire est d'autant plus regrettable que de tous côtés les travailleurs sont à l'œuvre. Dans le laboratoire de M. Bouchard, M. *Charrin* a exécuté une série d'expériences fort curieuses qui permettent d'élucider certains problèmes relatifs à la contagion (1). Il a depuis longtemps étudié tout le parti qu'on peut tirer, au point de vue expérimental, d'un microbe qui trahit sa présence, partout où il vit activement, par la coloration spéciale qu'il communique au milieu ambiant, c'est ce microbe qui est l'agent de la suppuration bleue. Découvert par Gessard, il sécrète, on le sait, une substance chimiquement définie par Fordos, la pyocyanine. En utilisant ce microbe et sa propriété chromogène, en le faisant vivre dans des milieux variables, M. Charrin a mis en lumière des faits intéressants.

Les qualités extérieures, les apparences de l'eau n'ont pas en matière de microbiologie une valeur absolue ; l'eau peut être claire et limpide et néanmoins être contaminée. En second lieu, la vie et la fonction, ou plutôt certaines fonctions, sont susceptibles de dissociation. Si la spécificité d'un microbe réside surtout dans les effets de son fonctionnement, on reconnaîtra nécessairement que la spé-

(1) Annales d'hygiène publique, décembre 1886.

---

dait à cor et à cris Quatranvaux, mais Quatranvaux avait nettement refusé son concours. Toutefois, après de nouvelles instances, comme on lui assura que le vieux ladre avait promis de lui compter séance tenante la somme de 500 livres, Quatranvaux se rendit chez son ancien client. Tout en entrant : « Où sont, demande Quatranvaux, les cinq cents « livres ? — Je vous les promets, gémit Titon ; au « nom du ciel, soulagez-moi ! — Auparavant signez « moi cela, » fait-il, en présentant au patient une « reconnaissance qu'il avait par précaution préparée « sur timbre ; et mettez dessus bon pour cinq cents « livres ! »

Titon signa. Que ne signerait-on pas pour pisser, quand on en sent le pressant besoin ?

Le malade avait signé, mais, à l'échéance, l'avare refusa de payer, prétendant qu'il y avait eu dans cette sale affaire chantage, contrainte morale, extorsion abominable, et qu'en le sondant, on lui avait mis en quelque sorte le couteau sur la gorge.

Bref, pour n'être pas saisi, il fut obligé de faire opposition et d'introduire une instance contre Quatranvaux, qu'il accusait d'extorsion pour lui avoir présenté ce dilemme : si tu paies, tu pisseras ; sinon, non ; ce qui équivalait à dire : paie ou meurs !

On rit beaucoup dans le temps, en Franche-Comté, de cette amusante histoire. Mais les rieurs n'étaient pas du côté du riche Titon. Certes, non ; et son avocat eut beau dire, Titon fut débouté et forcé de s'exécuter.

— Quatranvaux mérite un ban, dit Kœnig. Il faudrait qu'on punît comme cela les ingrats quand on les tient. Point de merci !

— Croyez-moi, Kœnig ; si l'avarice de Titon et le désintéressement de Quatranvaux n'avaient pas été aussi notoirement connus dans le pays, l'affaire n'aurait pas pris pour le confrère une aussi bonne tournure. Il ne faut pas se fier trop à dame justice — dont Dieu nous garde ! — Elle est assez disposée, en général, à ne pas voir tous les droits ou tous les torts d'un seul côté, quoique chaque plaideur attende cela d'elle.

Quand il est poussé trop loin, l'amour de l'argent gâte le caractère. Chez Titon, il dominait les autres sentiments.

L'ingratitude par avarice, dans les campagnes et même dans les villes, est plus fréquente qu'on ne croit. On quitte un médecin, parce qu'on lui doit quelques visites ; et, pour s'alléger sa conscience, on se persuade qu'il aurait pu mieux faire, qu'il nous a

cifieité est chose plus contingente que quelques-uns ne l'ont cru : qu'un microbe donné, placé dans tel milieu pauvre en aliments, ne fonctionnera point, ne manifestera point sa spécificité, ou au contraire fonctionnera, deviendra en quelque sorte spécifique dans ce même milieu, si on l'additionne de substances nutritives, puisqu'il a suffi, dans une expérience, d'ajouter à l'eau où le microbe de Gessard se trouvait inerte un peu de bouillon pour voir apparaître la pyocyanine. Il existe, pour certaines bactéries du moins, une question d'éducation, suivant les conditions extérieures à elles-mêmes. C'est là aussi une démonstration tangible et réelle de ce que M. le professeur Verneuil appelait naguère le microbisme latent.

La sécheresse atténue assez fortement le bacille du pus bleu. Combien il serait désirable de savoir d'une façon absolument précise comment se comportent les bactéries pathogènes des maladies humaines vis-à-vis du sec ou de l'humide, question dans laquelle l'existence ou la non existence des spores est si importante! On le sait pour quelques-unes de ces bactéries, mais non pour toutes, et encore la certitude est-elle mal assurée. — Que fait-on le plus habituellement dans les villes en temps d'épidémie ? On lave, ou mieux, l'on arrose les rues, et comme ordinairement la chose est faite sans précautions antiseptiques et parcimonieusement, parce que les cités disposent de quantités d'eau insuffisantes, cela revient à placer entre les pavés quelques centimètres cubes de liquide qui dissolvent telles substances fournies par le sol ou le vent, sont chauffés par le soleil et forment des foyers de cultures, que l'air dispersera, dès qu'à la place du liquide l'évaporation n'aura laissé que de la poussière.

M. Charrin conclut encore ceci de ses expériences.

La surface d'une nappe d'eau contaminée, lorsqu'elle est agitée, cède plus aisément à l'air les germes qu'elle contient.— Un courant d'air ascensionnel passant dans un tube vertical est capable, dans des conditions déterminées, d'entraîner les germes fixés sur les parois, surtout s'ils sont à l'état de poussières.— L'eau peut renfermer plus ou moins longtemps un microbe, sans offrir toujours des signes extérieurs de la vie de ce microbe ; le microbe peut y vivre d'une façon latente, la vie et la fonction s'y dissocier.— Il serait urgent, en temps d'épidémie, vu les pratiques usitées, de savoir si le sec ou l'humide peuvent atténuer les bactéries pathogènes.— La culture, la germination des végétaux supérieurs n'influencent pas la vitalité de tous les micro-organismes : certaines terres laissent diffuser tels agents infectieux avec une grande facilité, tandis que d'autres en retiennent un bon nombre.

Syphilides psoriasiformes.

Un de nos lecteurs nous demande s'il existe un psoriasis syphilitique. Nous lui répondrons, avec les savants traducteurs de Kaposi, MM. E. Besnier et Doyon, que les lésions papulo-squameuses syphilitiques de la paume de la main peuvent revêtir une apparence plus ou moins psoriasiforme, mais que les auteurs allemands, notamment Kaposi, ont eu tort d'appliquer à ces lésions syphilitiques cutanées le nom de psoriasis syphilitique. Le terme de psoriasis appartient, en bonne nosologie, à une affection générique de la peau et non à cette lésion syphilitique, qui peut être dite plus justement squameuse, psoriasiforme, cornée, exfoliante, etc.

MM. Besnier et Doyon ajoutent : « Cette absence de sévérité dans la nomenclature se traduit en fait

---

mal soigné, qu'il nous a quitté trop tôt, etc. ; on se rappelle les coûteux et écœurants remèdes qu'il nous a fait prendre, les privations inutiles qu'il nous a imposées, les erreurs de diagnostic qu'il a commises puisque la maladie a été plus longue qu'il ne l'avait dit, ou moins grave qu'il ne le croyait, etc.

Bref, on se prouve peu à peu qu'on ne lui doit rien ou pas grand'chose.

— Avouons que le médecin est souvent un peu blâmable d'avoir attendu trop pour se faire payer. Chez les clients de ce type, le souvenir des bons offices que vous avez rendus va peu à peu s'affaiblissant avec le temps ; et ils ne se souviennent vraiment que des services qu'ils ont bien payés.

— Une autre catégorie, la plus nombreuse, est celle des ingrats par légèreté. Elle est composée de tous ces clients voltigeurs qui sont toujours disposés à lâcher la proie pour l'ombre, ce qu'ils ont pour ce qu'ils voudraient. Ces pratiques-là, — car on appelle cela des pratiques, — ont un goût incroyable pour le changement. Tout ce qui est nouveau les attire et les séduit. Elles pensent : « Qui sait ? ce médecin « est jeune ; mais il a peut-être appris des procédés « que l'ancien ne connaît pas !.... Qui sait ? il dé« bute ; il sera peut-être bien aise de faire de la « clientèle à bon marché ! En tout cas il sera plus « attentif, de peur d'échouer à ses débuts !... Qui « sait ? il devra nous avoir de la reconnaissance pour « l'avoir produit, pour l'avoir mis en évidence !... » Voilà ce que pensent les clients voltigeurs ; et ils quitteront l'ancien médecin à la première occasion. Ce n'est pas par ingratitude qu'ils font cela, mais par un besoin d'instabilité fondé sur les raisons que nous avons dites.

Il faut bien des tournesols de cet acabit pour permettre aux débutants dans la carrière de faire leurs premières armes, et d'essayer leur inexpérience et leur bon vouloir.

Sans cette humeur changeante de certains clients, un médecin nouveau ne pourrait pas prendre racine dans un pays...

Evidemment, pas plus que la médecine interlope ne pourrait subsister, sans la crédulité des imbéciles !...

Et où serait le mal ?

Dr PERRON.

---

et dans la pratique par la confusion la plus absolue des choses et la plus regrettable. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 décembre.

M. *Hérard* a été élu vice-président pour 1887 ; M. *Proust* réélu par acclamation secrétaire annuel ; MM. G. Sée et Goubaux, élus membres du conseil. Les commissions permanentes ont été renouvelées ainsi :

Epidémies : MM. Rochard et Hayem.
Eaux minérales : Marjolin et Gallard.
Remèdes secrets : Mesnet et J. Chatin.
Vaccine : Hervieux et Blot.

M. *Vallin* a lu un rapport sur le **salicylage des denrées alimentaires**. Les conclusions sont :

Il est établi par l'observation médicale que les doses faibles mais journalières et prolongées d'acide salicylique ou de ses dérivés, peuvent déterminer des troubles notables de la santé chez certains sujets impressionnables à ce médicament, chez les personnes âgées, chez celles qui n'ont plus l'intégrité parfaite de l'appareil rénal ou des fonctions digestives.

En conséquence, l'addition d'acide salicylique et de ses dérivés, même à des doses faibles, dans les aliments solides et liquides, ne saurait être autorisée.

Séance du 4 janvier.

Lettre du prince Zagiell, docteur en médecine à Grodno (Russie), déclarant que 10 soldats russes envoyés à Paris en août dernier, pour subir le traitement de M. Pasteur à la suite de morsures d'un chien dit enragé sont revenus très bien portants après avoir subi les inoculations et ont retrouvé bien portant aussi le chien qui les avait mordus.

M. le Dr *Carlet*, de Grenoble, a été élu correspondant national.

Inoculations antirabiques intensives et mort par la rage.

M. *Peter*. — Je désire communiquer à l'Académie un cas de rage survenu à Paris chez un individu inoculé par la nouvelle méthode *intensive*, ce cas me semblant présenter un réel intérêt.

J'en dois la communication au hasard. Si je ne m'étais pas trouvé en consultation avec le docteur Miquel, je n'en aurais rien su, ni vous non plus. Donc, j'étais en consultation avec le docteur Miquel, médecin distingué de Paris (demeurant 56, boulevard Beaumarchais). C'est à la suite de la consultation que ce médecin me dit : « Cela vous intéressera peut-être de savoir que je viens d'observer un de mes clients inoculé par M. Pasteur. Il est mort jeudi ; j'ai aussitôt écrit au laboratoire Pasteur pour signaler le fait et demander quelques renseignements, mais on ne m'a pas répondu. »

Voici l'observation en quelques mots :

Un jeune homme de vingt ans nommé Réveillac (demeurant chez son beau-frère, M. Poignet, charbonnier, passage d'Allemagne, n° 9, à la Villette), est mordu à un doigt de la main par le chien de son patron. Le chien reconnu enragé par un vétérinaire fut abattu peu de temps après.

Le jeune Réveillac se rendit le lendemain de la morsure chez le pharmacien pour se faire cautériser sa plaie. Le pharmacien jugea qu'il était trop tard pour que la cautérisation fût efficace. On conseilla alors à Réveillac de se rendre au laboratoire de la rue Vauquelin. Ce qu'il fit le lendemain, c'est-à-dire quarante-huit heures après la morsure.

Au laboratoire, les inoculations furent pratiquées dans la région des hypochondres, suivant la nouvelle méthode *intensive* dont M. Pasteur nous a donné la formule le 2 novembre dernier. Réveillac fut inoculé *trois* fois par jour, à 9 heures du matin, à 4 heures de l'après-midi et à 9 heures du soir. Les *trois* inoculations quotidiennes furent faites pendant *douze* jours consécutifs.

La santé resta parfaite jusqu'au dimanche 12 décembre exclusivement. Ce jour-là, Réveillac éprouva un symptôme prémonitoire d'une importance considérable, à savoir *une douleur*, qui bientôt devint constante, *au niveau de la cicatrice des piqûres des inoculations antirabiques*, et non pas au niveau de la cicatrice de la morsure du doigt.

Ce symptôme m'a été spontanément indiqué par la sœur de Réveillac : « Cela l'a pris par des douleurs dans les points où il avait été *vacciné*. » Et, quelques instants après, le beau-frère, absent au moment de mon arrivée, me disait presque dans les mêmes termes, « que la maladie avait commencé par des douleurs là où on l'avait *vacciné*. »

Bientôt malaise général et sentiment d'extrême faiblesse. Sa sœur engage Réveillac à aller demander conseil et secours à M. Pasteur, » et le malade lui répond : « Mais il faudrait pouvoir, » et je ne peux pas. »

La journée du dimanche se passe ainsi dans l'immobilité et la tristesse.

Le lundi, la faiblesse augmente ; le malade ne peut quitter la chambre et prend à peine quelque nourriture.

Le mardi, il s'alite définitivement et meurt le jeudi, six semaines après la morsure. Le docteur Miquel, mandé ce jour-là, arrive et le trouve mort, ayant une bave écumante à la bouche.

Les renseignements fournis au docteur Miquel le jeudi 16 décembre, comme à moi le 30 du même mois, sont : qu'il y a eu le mercredi et le jeudi, troisième et quatrième jour de la maladie, des spasmes de la gorge, de l'impossibilité à avaler les liquides, puis, qu'à d'autres moments, la déglutition de petites quantités de boisson pouvait se faire.

Il n'y a jamais eu de convulsion, mais de la faiblesse, puis de la paralysie.

Par exemple, à ma question : « Votre frère a-t-il eu des convulsions ? — Oh ! bien loin de là, me fut-il aussitôt répondu ; le mercredi, et surtout le jeudi, nous étions obligés de le tourner et de le retourner dans son lit, soit d'un côté, soit de l'autre, tant il était incapable de le faire. Son bras, soulevé par nous, retombait aussitôt. »

« A-t-il poussé des cris ? — Bien au contraire, il parlait à peine, sinon pour dire de temps à autre : « Oh ! ce chien ! » Et le jeudi il a gardé un silence presque absolu. »

C'est ainsi qu'il s'est éteint, après avoir eu de l'écume à la bouche dans les derniers moments.

Tel est ce cas de mort chez un mordu inoculé suivant la nouvelle méthode *intensive*.

Il est impossible de ne pas être ici frappé de deux faits au moins :

Le premier, c'est que les douleurs prémonitoires se sont montrées non pas au niveau du doigt mordu, mais *au niveau des piqûres* faites par les *inoculations antirabiques*.

Le deuxième, c'est que les symptômes n'ont pas

été ceux de la rage ordinaire, puisque (à part les spasmes œsophagiens) les accidents dominants, au lieu d'être convulsifs, ont été *paralytiques*.

M. Dujardin-Beaumetz. — Le fait de M. Peter est très intéressant, sans doute, mais il me permettra de lui dire que son observation n'est pas aussi concluante qu'il veut bien le dire.

M. Peter a bien vu un homme mordu par un chien enragé, qui a été traité et qui est mort avec de l'écume à la bouche, mais il y a loin de là à conclure qu'il est mort enragé à la suite des inoculations qui lui ont été faites. Il faut bien considérer, en effet, que beaucoup de symptômes rabiques, l'aérophobie, l'hydrophobie, la sputation continuelle, n'ont pas été notés chez ce malade et, en outre, la rage paralytique, chacun sait cela, est absolument exceptionnelle chez l'homme.

En tout état de cause, ce fait n'est pas démonstratif, et il l'est d'autant moins que nous possédons un certain nombre de cas similaires, où l'on a pu faire la preuve que la mort était due à de toutes autres causes que la rage.

Tel est le cas de cet enfant mordu par un chien enragé, traité par la méthode intensive, et qui, un mois après, ayant reçu un coup de coude dans le côté, éprouva une vive douleur à ce niveau, et ne tarda pas à s'aliter ; il mourut peu de temps après, ayant présenté des phénomènes convulsifs qui furent attribués à la rage. On en fit l'autopsie, et le bulbe inoculé à des animaux ne provoqua pas la rage.

Cet enfant n'était donc pas mort rabique ; il est probable qu'il a succombé à des accidents urémiques.

Il y a dans la science un certain nombre d'observations analogues.

M. Brouardel. — J'ai fait l'autopsie du jeune enfant dont vient de parler M. Beaumetz et j'en lirai l'observation à la prochaine séance. Il me suffira de dire pour le moment, que l'on avait parlé de rage sans examiner les urines et que celles-ci étaient fortement albumineuses.

M. Peter. — Il y a dans mon cas trois circonstances absolument positives : la morsure, l'inoculation, la mort avec symptômes œsophagiens six semaines après la morsure. Supposez que l'inoculation n'ait pas eu lieu, y a-t-il un d'entre vous qui hésiterait à se prononcer sur le diagnostic rage ? Evidemment non. Ce qui vous fait douter, c'est que l'individu a été inoculé, et que dans votre esprit les inoculations doivent être préservatrices.

A propos du jeune malade signalé par M. Beaumetz, et qui, après avoir reçu un coup au côté, éprouve une vive douleur et meurt, quelques jours après, à la suite de symptômes que l'on attribue à la rage, je sigalerai le fait de cet individu mordu par un loup enragé qui, neuf mois après, reçoit une blessure sur le bras mordu, éprouve à ce niveau une vive douleur et meurt enragé quelques heures après.

Dans ces conditions, et c'est là la seule proposition ferme que je soutiens, je crois pouvoir affirmer que le malade est mort de la rage, malgré le traitement intensif.

Maintenant, à côté de ce point de vue, il y a les circonstances véritablement intéressantes, et sur lesquelles j'ai cru devoir insister, à savoir : les douleurs prémonitoires se manifestant au niveau des points inoculés, et la forme paralytique de cette rage, qui se rapporte plus particulièrement à la rage, en quelque sorte théorique, que l'on provoque sur les animaux à la suite des expériences de laboratoire.

M. Dujardin-Beaumetz. — On peut présenter de nombreux symptômes de la rage sans être enragé. Rappelez-vous, à ce propos, ce cas de soi-disant guérison de la rage par la pilocarpine que nous a communiqué ici M. Denis-Dumont ; rappelez-vous les nombreux cas d'alcooliques pris pour des enragés, et vous direz avec moi que pour admettre avec quelque certitude la mort par la rage il faut des observations autrement sérieuses que celle de M. Peter. Bien plus, je prétends que le diagnostic de rage ne doit être admis scientifiquement qu'à la suite d'inoculations positives faites avec le bulbe du sujet soupçonné mort de la rage.

M. Chauveau. — En ce qui concerne la rage paralytique, je ferai remarquer à M. Peter que ce n'est pas, comme il le croit, une rage de laboratoire.

La rage ordinaire, communiqué par des morsures, est souvent paralytique chez les animaux.

Mais, enfin, supposons, ce qui est moins que prouvé, que le sujet soit mort enragé ; on devra en conclure que, dans ce cas particulier, les inoculations préventives ont été inefficaces, et rien de plus. C'est là une circonstance très admissible, puisque nous savons tous que l'immunité provoquée par les inoculations n'est jamais absolue.

Quant à dire que la rage a été communiquée par ces inoculations, c'est autre chose. Je viens de démontrer que la forme paralytique de la rage ne prouve absolument rien, je puis en dire autant des phénomènes prémonitoires qui auraient eu leur point de départ au niveau des points inoculés. Ces phénomènes locaux manquent souvent, on les observe quelquefois sans que la rage se manifeste, ainsi que j'en ai vu un exemple ; en tout état de cause, ils n'ont qu'une valeur de peu d'importance et l'on ne peut tirer aucune conclusion de leur apparition.

M. Verneuil. — Je crois que dans sa communication, M. Peter a abusé du *post hoc ergo propter hoc*. Quand on a été inoculé d'une maladie infectieuse et qu'on meurt, ce n'est pas toujours et fatalement de cette maladie infectieuse.

Son malade a été mordu et inoculé, puis il meurt, c'est vrai, mais rien n'est moins certain, étant donné les détails de la maladie, que la cause de la mort ait été la rage. Tout manque, en effet, dans cette observation. On ne dit rien de la température de la sputation, il n'y a pas d'autopsie et pas d'inoculation ; or, dans une question aussi grave, il faut pour conclure des faits certains et non de simples conjectures.

Si nous devons perdre nos illusions, il faut qu'on nous les arrache avec des faits d'une autre valeur que celui dont vous venez d'entendre la relation.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Nous donnons aujourd'hui le texte du **projet de loi sur l'exercice de la médecine** présenté dans la dernière session parlementaire, *au nom du gouvernement*, par MM. Lockroy, ministre du commerce, Demôle, ministre de la justice, et Goblet, ministre de l'instruction publique.

Ce projet émane en réalité du comité consultatif d'hygiène publique de France, et les principales dis-

positions en ont été expliquées dans un rapport préparatoire de MM. Brouardel et A.-J. Martin. En se reportant au texte du projet Chevandier, que nous avons publié à sa date, nos lecteurs verront facilement quelles sont les différences principales. Nous soulignerons d'ailleurs celles-ci dans un article ultérieur.

PROJET DE LOI

Article premier.

Nul ne peut exercer la médecine en France, s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine ou d'un diplôme d'officier de santé, délivré par le Gouvernement français à la suite d'examens subis devant une faculté de médecine, une école de plein exercice ou une école préparatoire de médecine et de pharmacie de l'Etat.

Art. 2.

Les médecins reçus à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne peuvent exercer la médecine en France qu'à la condition d'avoir subi les épreuves exigées par les réglements en vigueur dans les Facultés françaises.

Des dispenses pourront être accordées, conformément à un réglement délibéré en Conseil supérieur de l'Instruction publique. En aucun cas, elles ne porteront sur la totalité des épreuves.

Art. 3.

Les officiers de santé sont soumis à l'obligation de se faire assister par un docteur en médecine, hormis les cas d'urgence, dans les grandes opérations chirurgicales ou obstétricales.

Art. 4.

Les officiers de santé ont le droit d'exercer leur profession dans toute l'étendue du territoire, sauf dans les chefs-lieux de département et d'arrondissement et dans les villes dont la population dépasse 10.000 habitants.

Art. 5.

Les fonctions de médecins et chirurgiens-experts près les tribunaux, de médecins et chirurgiens des hôpitaux et hospices ne peuvent être remplies que par des docteurs en médecine.

Art. 6.

L'exercice de la profession de dentiste est interdit à toute personne qui n'est pas munie d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé, délivré dans les conditions stipulées aux articles 1 et 2 de la présente loi.

Toutefois le droit d'exercer cette profession est, par disposition transitoire, maintenu à tout dentiste âgé de plus de trente ans et justifiant, par la production de sa patente, de deux années d'exercice au jour de la promulgation de la présente loi.

Cette tolérance ne donne, dans aucun cas, aux dentistes se trouvant dans les conditions indiquées au paragraphe précédent, le droit de pratiquer l'anesthésie.

Art. 7.

Les sages-femmes ne peuvent pratiquer des accouchements que si elles sont munies d'un diplôme de première ou de deuxième classe, délivré par le Gouvernement français à la suite d'examens subis devant une Faculté de médecine, une Ecole de plein exercice ou une Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de l'État.

Art. 8.

Les sages-femmes ne peuvent employer les instruments dans les cas d'accouchements laborieux, sans être assistées d'un docteur en médecine. Elles ne peuvent ordonner des médicaments, avant l'arrivée du médecin, que pour parer à des accidents graves, tels qu'une hémorrhagie. Elles sont autorisées à pratiquer les vaccinations et revaccinations.

Art. 9.

Les sages-femmes de première classe exercent leur profession sur tout le territoire de la République.

Les sages-femmes de deuxième classe exercent leur profession dans toute l'étendue du territoire, excepté dans les chefs-lieux de département et d'arrondissement et dans les villes dont la population dépasse 10.000 habitants.

Art 10.

Les docteurs en médecine, officiers de santé et sages-femmes qui veulent exercer la médecine dans les limites tracées à leur profession respective par les articles précédents, sont tenus, dans le délai d'un mois, à partir du jour où ils ont fixé leur domicile, de faire enregistrer leur diplôme à la préfecture ou sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de leur arrondissement. Ceux qui, n'ayant jamais exercé ou n'exerçant plus depuis un certain temps, désirent se livrer à l'exercice de la profession médicale, dans les limites fixées par les articles précédents, doivent également faire enregistrer leur diplôme dans les mêmes conditions qu'au paragraphe précédent.

Art. 11.

Des listes des docteurs en médecine, officiers de santé, dentistes autorisés par disposition transitoire stipulée au dernier paragraphe de l'article 7, et sages-femmes dont les diplômes ont été enregistrés, à la fin d'exercice, sont établies chaque année dans les départements par les soins des préfets et de l'autorité judiciaire. Des copies certifiées de ces listes sont transmises aux Ministres de la Justice, du Commerce et de l'Industrie, et de l'Instruction publique, dans le dernier mois de chaque année.

Il est dressé, chaque année, par les soins du Ministre du Commerce et de l'Industrie, une statistique du personnel médical en France et aux Colonies.

Art. 12.

Les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au concours, et les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée peuvent être autorisés à exercer la médecine sans être tenus de subir d'examens spéciaux pendant une épidémie ou à titre de remplaçant d'un docteur en médecine ou d'un officier de santé.

Cette autorisation délivrée par le préfet du département est limitée à trois mois; elle est renouvelable.

Art. 13.

L'action des docteurs en médecine, officiers de santé et sages-femmes pour leurs honoraires se prescrit par cinq ans.

Art. 14.

L'exercice simultané de la profession médicale et de la profession de pharmacien est interdit, même en cas de possession des deux diplômes conférant le droit d'exercer ces professions.

Toutefois, tout docteur en médecine ou officier de santé exerçant dans des localités où il n'y a pas d'officine de pharmacien à une distance de quatre kilomètres peut tenir des médicaments pour l'usage exclusif de ses malades sous la condition de se soumettre à toutes les lois et à tous les réglements qui régissent ou régiraient la pharmacie, à l'exception de la patente.

Art. 15.

Exerce illégalement la médecine :

1° Toute personne qui n'étant pas munie d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé, délivré conformément aux articles qui précèdent, ou de l'autorisation stipulée à l'article 12, prend part au traitement des maladies et des affections médicales ou chirurgicales, ainsi qu'à la pratique des accouchements, soit par une direction suivie, soit par des manœuvres opératoires ou application d'appareils ;

2° Toute sage-femme qui sort des limites fixées à l'exercice de sa profession par les articles 7, 8 et 9 de la présente loi ;

3° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que ce titre lui confère et notam-

ment en prêtant son concours aux personnes visées dans les paragraphes précédents, à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi ;

4° Tout dentiste qui contrevient à l'interdiction édictée par le dernier paragraphe de l'article 6 de la présente loi.

Les dispositions du paragraphe premier du présent article ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine qu'un médecin place auprès de ses malades.

Art. 16.

Quiconque exerce illégalement la médecine est puni d'une amende de 100 à 500 francs. En cas de récidive, l'amende pourra être élevée au double et les coupables pourront en outre être punis d'un emprisonnement de quinze jours à un an.

Art. 17.

Si l'exercice illégal de la médecine est accompagné d'usurpation de titre, l'amende peut être élevée de 1000 à 2000 francs ; en cas de récidive, elle pourra être portée au double et les coupables pourront, en outre, être punis d'un emprisonnement de six mois à un an.

Art. 18.

Est considéré comme ayant usurpé le titre de docteur en médecine :

1° Quiconque fait usage d'un titre médical étranger, sans avoir subi les épreuves spécifiées à l'article 2 de la présente loi ;

2° L'officier de santé reçu en France, ou la sage-femme munie d'un diplôme français qui fait précéder ou suivre son nom de cette qualité et exerce la médecine dans ces conditions.

Art. 19.

Est considéré comme ayant usurpé le titre d'officier de santé :

1° Quiconque fait usage d'un titre médical étranger sans avoir subi les épreuves spécifiées à l'article 2 de la présente loi ;

2° La sage-femme munie d'un diplôme français, qui fait précéder ou suivre son nom de cette qualité et exerce la médecine dans ces conditions.

Art. 20.

L'exercice de la pharmacie par un docteur en médecine, par un officier de santé ou par une sage-femme en dehors des dispositions stipulées à l'article 14 de la présente loi, est puni d'une amende de 100 à 500 francs. En cas de récidive, l'amende pourra être élevée au double, et les coupables pourront en outre être condamnés *à un emprisonnement de quinze jours à un an.*

Art. 21.

Il y a récidive lorsque, dans les cinq années antérieures, le prévenu a été condamné pour l'un des délits prévus par la présente loi.

Art. 22.

Quiconque exerce la médecine, sans avoir fait enregistrer son diplôme dans les délais et conditions fixés à l'article 10 de la présente loi est puni d'une amende de 100 à 500 francs.

Art. 23.

En cas de poursuite pour exercice illégal de la médecine, les médecins ou les associations de médecins régulièrement autorisées, intéressés à la poursuite, peuvent se porter partie civile.

Art. 24.

L'article 463 du Code pénal est applicable dans tous les cas prévus par les articles 16, 17 et 20 de la présente loi.

Art. 25.

La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine peuvent être prononcées accessoirement à la peine principale, contre tout médecin, officier de santé, dentiste autorisé ou sage-femme, qui est condamné :

1° A une peine afflictive ou infamante ;

2° A une peine correctionnelle prononcée pour crime de faux, pour vol ou escroquerie, pour crimes ou délits prévus par les articles 316, 317, 331, 332, 334, 335 et 345 du Code pénal ;

3° A une peine correctionnelle prononcée par une Cour d'assises pour des faits qualifiés crimes par la loi.

En aucun cas la suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine n'est applicable aux crimes ou délits politiques.

Art. 26.

L'exercice de la médecine par les personnes contre lesquelles a été prononcée la suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine dans les conditions spécifiées à l'article précédent, tombe sous le coup des articles 16, 17, 18, 19 et 20 de la présente loi.

Art. 27.

Le grade de docteur en chirurgie est et demeure supprimé.

Art. 28.

Les officiers de santé et les sages-femmes de deuxième classe, exerçant au jour de la promulgation de la présente loi, sont soumis à toutes les dispositions de cette loi qui les concernent. Toutefois, ils sont autorisés à continuer l'exercice de leur profession dans le département du domicile où ils se trouvent établis, si un délai d'un an s'est écoulé depuis l'enregistrement de leur diplôme.

Art 29.

La présente loi est applicable à l'Algérie, sans préjudice des dispositions spéciales à l'Algérie, édictées par le décret du 12 juillet 1851, la loi du 31 décembre 1879 et les décrets subséquents.

Art. 30.

Sont et demeurent abrogés les articles 1 à 4, 12 à 39, 35 et 36 de la loi du 19 ventôse an XI, l'article 27 de la loi du 22 germinal an XI, le premier paragraphe de l'article 2272 du Code civil, en ce qui concerne seulement les médecins, et généralement toutes dispositions de lois antérieures contraires à la présente loi.

Art. 31.

La présente loi sera applicable dans le délai d'un an à partir de sa promulgation.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE
ET DE GYNÉCOLOGIE

Syphilis et allaitement.

Le professeur Fournier vient d'exposer (1), avec sa clarté et son talent habituels, la conduite à tenir dans un cas de pratique des plus délicats : une nourrice, en apparence saine, est donnée à un enfant sain, et présente au bout de quelques semaines des signes avérés de syphilis récente. Que faut-il faire alors ? Comment des faits aussi regrettables peuvent-ils se produire ?

Voici comment les choses se passent généralement. Une nourrice commence par allaiter son enfant syphilitique. Pour une raison quelconque elle est séparée de cet enfant, soit qu'il meure, soit qu'un médecin, constatant l'état syphilitique de l'enfant, prescrive la suspension de l'allaitement. Cette femme, continuant son métier de nourrice, se présente dans une autre famille. Là on l'examine, on la trouve

(1) *Semaine médicale*, 1er décembre 1886.

saine, on l'admet ; cet examen de la femme peut être fait aussi scrupuleusement et aussi complètement que possible ; nulle trace d'accident spécifique ; cette femme peut être considérée comme saine, absolument saine, alors qu'en réalité c'est une nourrice ultra-dangereuse, une nourrice syphilitique, mais seulement en état d'incubation syphilitique. L'avenir le prouvera : quelques jours ou quelques semaines plus tard, un chancre se manifeste sur le sein de cette femme, comme premier accident de la syphilis contractée du précédent nourrisson. — Le médecin peut alors être consulté dans deux cas différents : ou bien l'enfant est déjà manifestement infecté, c'est-à-dire, affecté d'un chancre ; ou bien il ne présente rien de morbide.

Dans la première hypothèse, nul embarras sur la conduite à tenir ; le médecin trouve deux malades : la femme avec un chancre du sein, l'enfant avec un chancre plus récent de la bouche, de la langue, ou du visage ; il doit traiter ces deux syphilitiques et laisser continuer l'allaitement. Il doit vaincre la résistance de la famille qui, dans le premier mouvement d'indignation, veut renvoyer cette nourrice qui souvent n'est qu'inconsciente ; il doit convaincre la famille que cette nourrice est la *seule* qui puisse, en toute sécurité, allaiter l'enfant et que son sein est préférable à toute autre espèce d'élevage (soit par un animal, soit au biberon). — Le salut de l'enfant peut être à ce prix.

Dans la seconde hypothèse, si l'enfant ne paraît pas encore infecté, il faut suspendre l'allaitement, séparer l'enfant de sa nourrice, pour éviter à l'enfant le risque d'une contamination, au cas où il ne l'aurait déjà subie. Un point important est de garder la nourrice et de faire en sorte qu'elle conserve son lait. Le meilleur moyen, d'après M. Fournier, est de faire têter la nourrice par un nourrisson intérimaire qui sera, de préférence, un jeune chien. Pendant ce temps l'enfant est élevé au biberon ou au verre ; si les choses tournent mal pour lui, s'il vient à présenter des signes d'infection, il faut alors lui rendre sa nourrice, dont il n'a plus rien à craindre et qui sera pour lui un élément puissant de guérison. — Si, au contraire, par un heureux hasard, l'enfant a échappé à la contagion, et ne présente rien de suspect au bout de 7 semaines (en comptant du jour où l'enfant a été séparé de sa nourrice), on peut permettre l'allaitement par une nourrice saine : avant cette époque maxima de l'incubation syphilitique, il y aurait imprudence à confier à une seconde nourrice un enfant qui pourrait être en incubation de syphilis.

On conçoit combien ces contaminations qui dérivent d'une nourrice en incubation de syphilis sont déplorables ; aussi le médecin doit-il user de tous les moyens possibles pour les prévenir. S'il est mandé dans une famille où il trouve, d'une part, un enfant affecté de syphilis héréditaire et, d'autre part, une nourrice encore saine, son devoir n'est qu'à moitié rempli lorsqu'il parvient à faire discontinuer l'allaitement ; il doit faire en sorte que cette nourrice reste dans la famille d'abord pour y être surveillée, suivie et traitée s'il y a lieu, puis pour qu'elle n'aille pas porter ailleurs le germe de la contagion qu'elle peut avoir subie : ce n'est qu'au bout de 6 à 7 semaines qu'on peut laisser partir la nourrice.

D'autre part, comment éviter le danger de la nourrice en état d'incubation de syphilis ?

Le premier moyen, c'est de faire choix d'une nourrice n'ayant nourri que son propre enfant ; la tranquillité est complète lorsqu'on ne constate rien de suspect ni chez la mère, ni chez l'enfant. Malheureusement il est souvent difficile de trouver une nourrice dans ces conditions ; il faut souvent se contenter d'une femme qui en est à sa seconde, troisième ou quatrième nourriture. — L'examen médical d'une nourrice dans ces conditions ne fournit qu'une garantie illusoire, puisque, chez elle, en raison même des lois de l'incubation syphilitique, la maladie peut être latente à l'époque où est pratiqué cet examen.

La seule garantie qui puisse préserver la santé publique contre le danger spécial des nourrices en incubation de syphilis, c'est un certificat médical attestant l'état d'immunité du dernier nourrisson auquel une nourrice a donné le sein. M. Fournier pense que l'autorité préfectorale devrait exiger que les femmes qui se présentent dans les bureaux de nourrices, soient munies d'un tel certificat.

Puisque nous nous occupons aujourd'hui des difficultés pratiques que soulève la syphilis, au point de vue de l'allaitement, nous ne saurions mieux faire que de résumer les idées émises sur ce sujet dans le récent livre (1) de MM. Tarnier et Budin ; elles sont celles que nous avons vu mettre en pratique par notre excellent maître, M. Pinard. Si la mère et l'enfant sont syphilitiques, la mère doit allaiter elle-même ; si elle n'a pas de lait, ou si elle ne peut allaiter pour d'autres raisons, l'allaitement par une nourrice syphilitique est rationnel, mais souvent difficile à réaliser. C'est alors qu'on peut avoir recours à l'allaitement direct par la femelle d'un animal, ou l'allaitement artificiel par du lait d'ânesse, de vache ou de chèvre.

Jamais, sous aucun prétexte, le médecin ne doit consentir à confier un enfant syphilitique à une nourrice saine ; s'il trouve, dans une famille un enfant syphilitique allaité par une nourrice encore saine, il doit, sans compter sur les bouts de sein protecteurs qui ont été conseillés, défendre la continuation de cet allaitement, alors même qu'il est énergiquement demandé par la famille, alors même qu'il est accepté par la nourrice.

Si la famille ne veut pas suivre ces conseils, tout en ne dénonçant pas la maladie dont est atteint l'enfant et en ne violant pas le secret professionnel, le médecin doit, d'après M. Fournier :

1° Formuler par écrit le traitement et l'hygiène qu'il conseille pour l'enfant ;

2° Ajouter au-dessous de cette formule : « Impossibilité absolue de continuer l'allaitement par la nourrice, » dater, signer, puis remettre au père la prescription et lui rappeler en quelques mots la si-

(1) *Traité de l'art des accouchements*. Tome II, G. Steinheil, 1886, page 44.

tuation. Il est sage de garder le double de cette ordonnance.

Lorsque la mère est syphilitique et que l'enfant paraît sain, on ne doit pas le confier à une nourrice étrangère ; la mère l'allaitera, il n'y a pas à craindre qu'elle lui transmette la syphilis (Fournier, Tarnier) : ou bien, on aura recours soit à une femelle d'animal, soit à l'allaitement artificiel.

Si le lait lui-même ne transmet pas la syphilis à l'enfant, il ne faut pas oublier que ce dernier peut contracter la vérole de plusieurs autres manières, notamment lorsque le mamelon est malade ; les faits de nourrices prenant la syphilis d'un nourrisson et la communiquant ensuite à leur propre enfant ne sont malheureusement pas rares.

Enfin, si la mère étant saine ou paraissant saine, l'enfant naît ou devient syphilitique par hérédité, que faut-il faire ? La mère peut allaiter son enfant sans courir de risque, car il ne lui communiquera pas la syphilis ; c'est ce fait, en apparence bizarre, mais cependant indiscutable, qu'on a désigné sous le nom de loi de Colles et qui ne peut être expliqué que si l'on accepte l'infection de la mère ; comme on n'en trouve aucun symptôme, il faut donc admettre, pense Hutchinson, que la syphilis est chez la mère une syphilis d'une nature toute particulière ; elle est mitigée, adoucie ; elle ne se manifeste par aucun signe extérieur, mais elle a infecté l'organisme de la mère assez profondément pour le rendre réfractaire à une nouvelle contamination.

On conçoit toute l'importance que présentent ces faits à une époque où l'on s'occupe tant de vaccination et d'atténuation des virus ; aussi n'avons-nous pas été surpris d'entendre citer cette loi de Colles par le professeur Grancher dans l'intéressante conférence qu'il fit il y a quelques mois sur les travaux de notre illustre Pasteur.

G. Lepage.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

Dr Paget, à Arbois, présenté par le Dr Compagnon, de Salins.

Dr Duvernoy, à Audincourt, présenté par le Dr Gainet, de Pont-de-Roide.

Dr Apostoli, à Paris, présenté par M. le Directeur.

Dr Outin, à Paris, présenté par le Dr Chevallereau.

BULLETIN DES SYNDICATS ET DE L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat de Lot-et-Garonne

Séance du 21 octobre 1886.

Mon cher confrère,

Je vous envoie ci-joint le procès-verbal de la réunion des membres du Syndicat de Lot-et-Garonne.

La réunion des membres du syndicat de l'arrondissement de Marmande, a eu lieu le 21 octobre 1880, à Marmande, sous la présidence de M. Courret, syndic de l'arrondissement.

M. Constantin, de Saint-Barthélemy, a été désigné, comme délégué, pour représenter le Syndicat de Lot-et-Garonne à la réunion de l'Union des syndicats, qui a eu lieu à Paris, le 7 novembre 1886.

L'assemblée discute ensuite les vœux que M. Constantin doit transmettre et défendre, au besoin, auprès du bureau de l'Union.

1er vœu.

Le Syndicat de Lot-et-Garonne prie le bureau de l'Union, de continuer à poursuivre, sans se lasser, la reconnaissance des syndicats médicaux par la loi.

2e vœu.

Appeler l'attention des pouvoirs publics sur les articles 8 et 9 de la proposition de loi sur l'exercice de la pharmacie, présentée par MM. Duval, etc., députés.

Faire inscrire dans la loi le droit strict, pour le médecin, de délivrer *en cas d'urgence*, des médicaments aux malades près desquels il est appelé, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas d'officine ouverte dans la commune où réside le malade, le pharmacien réclamant, par l'article 9, le droit de vendre avec son étiquette et sous sa responsabilité, sur la demande expresse de l'acheteur, toute substance constituant un médicament simple ou composé, sous quelque forme que ce soit.

3e vœu.

Dans l'article 9 de la loi qui régit l'exercice de la médecine, ainsi conçu :

Tout médecin, lorsqu'il est requis, doit le concours de son art à l'autorité administrative et judiciaire, en cas d'urgence et de flagrant délit.

Dans toutes autres circonstances il est libre de prêter ou de refuser le concours qui lui est demandé, etc., etc.

Faire définir aussi exactement que possible le cas où le médecin peut refuser. Urgence et flagrant délit sont assez élastiques pour que le magistrat qui requiert, trouve le moyen de forcer le médecin à obéir.

4e vœu.

L'article 10 est relatif à la prescription des honoraires.

Demander l'abolition de la prescription, ou du moins de la prolonger le plus possible.

5e vœu.

Pour les articles relatifs à l'autorisation à accorder aux médecins étrangers qui désirent exercer en France.

Réclamer la réciprocité de traitement. Exiger les mêmes stages, les mêmes épreuves, que celles imposées, dans chaque pays, à nos nationaux pour obtenir le droit d'exercer à l'étranger.

6e vœu.

Appuyer la pétition du Dr de Douvre, rapportée par le sénateur Dr Libert, pour obtenir la modification de l'article 2101 du code civil relatif au privilège pour le paiement des soins médicaux donnés en cas de dernière maladie ; demander que ce privilège s'applique, en cas de faillite et déconfiture, aussi bien qu'en cas de décès, non seulement au débiteur, mais encore aux membres de la famille demeurant avec lui.

7e vœu.

Demander aux compagnies de chemins de fer d'accorder aux délégués des syndicats se rendant à

l'assemblée générale de l'Union, à Paris, la même réduction que celle obtenue par l'Association générale pour ses délégués.

Tous ces vœux ont été adoptés à l'unanimité, après discussion.

L'assemblée décide ensuite de proposer à la sanction de la prochaine assemblée générale, la modification suivante à l'article 7 des statuts, relatif à l'élection du Président du Syndicat.

Le Président du syndicat est élu tous les cinq ans, en assemblée générale, au scrutin secret, à la majorité relative des suffrages exprimés, le vote par correspondance étant admis pour cette nomination.

Pour terminer la séance, la réunion vote, à l'unanimité, le maintien de M. Gourret, comme syndic de l'arrondissement de Marmande, pour l'année 1887.

Pour copie conforme,
Le Secrétaire,
Dr Cassius.

Voilà, mon cher confrère, le résultat de notre séance. Pour stimuler le zèle des adhérents et essayer de les intéresser à leurs propres affaires, le bureau a décidé de procéder à un tirage au sort pour désigner le délégué, celui qui accepterait devant bénéficier de l'indemnité votée pour frais de déplacement.

Agréez, mon cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments et de mon dévouement au *Concours*.

Dr Cassius.

Association syndicale des médecins de l'arrondissement d'Etampes.

Vœu exprimé relativement au service des enfants assistés.

L'Association des médecins de l'arrondissement d'Etampes a eu l'honneur, par l'organe de son secrétaire, agissant conjointement avec les délégués des autres arrondissements de Seine-et-Oise, de faire, le 10 juillet dernier, une démarche auprès de monsieur le Préfet du département, et de lui adresser une demande au sujet de modifications à apporter au service de l'Inspection des enfants placés en nourrice.

Cette démarche est demeurée sans résultats, monsieur le Préfet ayant allégué que les modifications réclamées dépendent entièrement des décisions du Conseil général. Aussi les médecins de l'arrondissement d'Étampes, représentés par le Bureau de l'association, ont l'honneur de s'adresser aux conseillers des quatre cantons de leur arrondissement, pour les prier de vouloir bien déposer sur le Bureau de l'Assemblée départementale, et appuyer de tout leur pouvoir le vœu suivant, déjà soumis à l'administration de Seine-et-Oise.

« Les médecins de l'arrondissement d'Etampes « demandent que le département de Seine-et-Oise « modifie le Règlement de l'Inspection des enfants « placés en nourrice, suivant le mode adopté et « pratiqué en Seine-et-Marne : cette modification « devant entraîner :

« 1° Simplifications du Carnet de visites et des con« trôles qu'il exige.

« 2° Elévation du tarif des visites en tenant comp« te de la distance à parcourir. »

Pour le bureau de l'Association :
Le Président,
Dr Daniel Pasturaud.

En Seine-et-Marne, il est alloué aux médecins inspecteurs pour la surveillance des enfants en nourrice :

Un franc par visite dans le lieu de résidence du médecin.

Un franc par visite dans les autres communes avec une *indemnité kilométrique de 70 centimes*.

Pour faciliter la comptabilité, on prend une moyenne pour chaque inspection. Pour l'établir, on fait le total des kilomètres de résidence à chacune des communes, on divise par le nombre des communes et l'on obtient la moyenne qui s'applique désormais à tous les déplacements.

Ce tarif, appliqué en Seine-et-Oise, ne chargerait pas beaucoup le budget départemental, si on juge par ce qui se passe dans le département voisin. Voici, en effet, le compte des dépenses pour ce service en l'année 1884 et aussi pour l'année 1885, sur laquelle je puis donner des renseignements précis :

Les frais, en 1884, se sont élevés en tout à la somme de........................ 48.601.95

Mais le département a recouvré :
Sur l'Etat.................. 23.195.59 }
Sur les départements d'origine des enfants, les 3/8, soit.................. 12.267.60 } 35.485.19

Ce qui laisse à la charge du département pour les frais de surveillance et tous autres frais.................. 13.138.19

Le rapport de l'Inspecteur départemental, lu à la dernière session du Conseil général de Seine-et-Marne, établit ainsi les dépenses pour 1885 :

Le département a payé pour ce service.................. 49.857.98

Il doit recouvrer :
Sur l'Etat, un total de.... 24.234.80 }
Sur les départements d'origine .... 12.732.95 } 36.967.75

Il ne reste donc à la charge du budget départemental qu'une modeste somme de.................. 12.890.23

Les modifications à apporter au contrôle des visites sont encore bien moins importantes ; il s'agit seulement d'enlever au médecin des ennuis d'écriture.

Service des indigents.

L'association des médecins de l'arrondissement d'Etampes, profitant de ce que la question du service médical des Indigents dans les campagnes, est à l'ordre du jour du Conseil Général de Seine-et-Oise pour la session d'avril 1887, a l'honneur de prier MM. les Conseillers des cantons de l'arrondissement de vouloir bien présenter et défendre devant l'assemblée départementale, le vœu suivant, émis à l'unanimité des membres présents à la réunion générale du 26 septembre dernier :

« Les médecins de l'arrondissement d'Etampes « expriment le vœu que d'importantes modifications « soient apportées au service médical des Indigents « des campagnes ; ils demandent : 1° l'entrée à « l'hôpital le plus voisin des malades indigents, at« teints d'affections graves ou de longue durée et « surtout lorsque ces affections sont contagieuses. « (Le transport des malades et leurs frais de séjour « à l'hôpital seront mis à la charge de la commune « intéressée).

« 2° L'établissement d'un Tarif spécial pour le rè« glement des honoraires des médecins. (On tien« drait compte surtout, dans la fixation des prix de « ce tarif, de la distance parcourue.) »

Le service médical des Indigents dans les campagnes est resté jusqu'à ce jour fort défectueux, et une réforme s'impose aussi bien dans l'intérêt des

malades que dans celui des médecins qui, jusqu'à ce jour, ont fait à peu près seuls les frais de cette assistance. Les conseils municipaux, en effet, qui sont très généreux pour constituer la liste annuelle des Indigents, ne trouvent plus le même élan pour voter les fonds qui doivent venir en aide à ces déshérités de la commune. Aussi, il ne reste, pour couvrir les frais médicaux des nombreux assistés du département, que la somme de 16,000 fr. que le Conseil général veut bien allouer à ce service chaque année. Cette somme, bien que très insuffisante à indemniser même le temps passé par les médecins, laisse supposer au public que les soins donnés sont largement rémunérés, de sorte que non seulement le médecin n'a pas le mérite de la charité qu'il fait, mais il est encore en butte aux exigences d'une clientèle qui le croit grassement payé pour la servir.

J'ajouterai que beaucoup de médecins n'envoient pas de rapports de fin d'année et, de ce fait, ne reçoivent aucune indemnité. Ce service est imparfait pour ce qui regarde les soins matériels à donner au malade.

L'indigent, malade chez lui, n'a souvent pas de feu, pas d'aliments convenables, pas de linge, et si la maladie est contagieuse, les personnes charitables qui venaient lui apporter quelques secours disparaissent subitement ; le malheureux malade est isolé. Il est très difficile dans bien des circonstances d'appliquer un traitement de quelque utilité, le malade manquant des choses les plus nécessaires. L'association des médecins de l'arrondissement d'Étampes croit donc que la seule manière d'assister pratiquement et utilement les indigents des campagnes serait de les faire soigner à l'hôpital le plus voisin au compte des communes. Le malade, après la première visite du médecin et sur l'avis de ce dernier, serait transporté au moyen d'une voiture d'ambulance attachée à l'établissement hospitalier qui devrait le recevoir.

Les frais médicaux en dehors du prix des journées d'hôpital seraient, de la sorte, très peu considérables, puisque toute maladie importante, devant nécessiter de nombreuses visites, comporterait l'entrée du malade à l'hôpital.

Pour les autres affections qui n'obligent pas à garder le lit ou la chambre, on pourrait parfaitement astreindre l'indigent à se rendre chez le médecin, et, dans ce cas, la consultation serait gratuite.

Il ne resterait donc à couvrir que les frais de déplacement des médecins pour la visite de constatation, avant l'entrée à l'hôpital, et pour quelques autres visites éloignées dans les cas de maladies légères.

Le tarif spécial demandé par l'association trouverait alors son application.

La somme votée tous les ans par le Conseil général servirait à venir en aide aux communes les plus éprouvées dans l'année.

L'objection, qui pourrait être faite à ce vœu, en se fondant sur ce que les malades indigents se trouveront à l'hôpital dans des conditions bien plus défavorables que chez eux pour guérir, n'est pas sérieuse pour ceux qui connaissent nos petits hôpitaux de province où l'encombrement n'existe pas et où la mortalité n'est pas plus grande que dans la clientèle de ville.

Pour le bureau de l'association,
Le Président,
Dr PASTURAUD.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Préparations de podophyllin.

Pilules (Van den Corput.)

Podophyllin	0 g. 02
Savon médicinal	0 — 01

Pour 1 pilule. Dose : 2 à 4 par jour.

Pilules.

Podophyllin	0 g. 02
Extrait de belladone. } Poudre de belladone. }	0 — 01

Pour 1 pilule. Dose : 1 à 2 par jour. On l'associe aussi aux biscuits, au chocolat, etc.

Pilules de podophyllin. (C. Paul.)

Podophyllin	0 g. 03
Poudre de gingembre	0 — 03
Miel	Q. S.

Pour 1 pilule.

NOUVELLES

LÉGION D'HONNEUR

Ont été promus dans la Légion d'honneur :

Officiers. — M. le professeur FOURNIER, M. le Dr DUGUET.

Chevalier. — M. le professeur HAYEM.

Nous sommes très heureux d'apprendre que M. le Dr Charrin, chef du laboratoire de pathologie générale de la Faculté, préparateur au laboratoire de M. Pasteur, dont nous citons aujourd'hui d'intéressants travaux sur la contagion, vient d'être fait chevalier de la Légion d'Honneur. On n'a pas oublié avec quel succès M. Charrin s'est acquité de plusieurs missions qui lui ont été confiées par le ministère du commerce pour éteindre les épidémies cholériques en Bretagne, pour organiser les services sanitaires dans les Pyrénées et surtout pour étudier les fameuses inoculations anticholériques de Ferran.

Nous sommes aussi heureux de rencontrer parmi les nouveaux chevaliers de la Légion d'Honneur, deux membres du *Concours médical*, M. le Dr ANTONY MIARD, ex-interne des hôpitaux, ex-chirurgien des ambulances pendant la guerre, et M. le Dr TAULIER, adjoint au maire d'Avignon. Nos félicitations à nos distingués confrères.

— Nous notons aussi dans la Légion d'Honneur, la nomination du Dr ANNESLEY, médecin-major à Compiègne.

BIBLIOGRAPHIE

G. CHARPENTIER et Cie
11, rue de Grenelle.

SŒUR JEANNE DES ANGES

Par les Drs Gabriel LEGUÉ et GILLES DE LA TOURETTE.
Un beau volume in-8° carré. — Prix : 6 francs.

Cet ouvrage est le cinquième paru dans la BIBLIOTHÈQUE DIABOLIQUE (*Collection Bourneville*) ; voici les titres des précédents ouvrages : 1° LE SABBAT DES SORCIERS, par Bourneville et Teinturier ; 2° FRANÇOISE FONTAINE, possédée de Louviers ; 3° HISTOIRES, DISPUTES DES DIABLES, SORCIERS, MAGICIENS, DÉMONIAQUES ET ENSORCELÉS, par Jean Wier ; 4° LA POSSESSION DE JEANNE FERY.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André, 3.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Les projets de loi sur l'exercice de la médecine.

Nos lecteurs ont pu prendre connaissance, dans le précédent numéro, du projet de loi présenté par MM. Lockroy, Demôle et Goblet au nom du gouvernement, et apprécier les différences qui le séparent du projet de M. Chevandier et du Concours médical. Avant de souligner les plus importantes de ces différences, il est bon d'apprendre où en sont ces deux projets au point de vue de la marche parlementaire.

Celui des ministres avait été renvoyé, suivant l'usage, à la commission de l'exercice de la médecine.

Les vacances du premier de l'an en ont retardé naturellement l'examen.

Mais la commission a été convoquée dès la rentrée de la Chambre. M. Lockroy, le patron du projet, sera entendu par elle. Nous avons des raisons de penser que ce ministre ne réussira pas à convaincre la majorité des membres de la commission de la supériorité de son projet et que celui-ci sera repoussé. Le président de la commission devra dès lors rédiger son rapport qui conclura en faveur de l'adoption préférable du projet Chevandier. Lorsque ce rapport aura été déposé sur le bureau de la Chambre, — et il est probable que, grâce à la diligence du rapporteur, la chose sera faite dans le courant de février,—le moment sera venu pour nous et nos confrères, de gagner à notre cause le plus grand nombre possible de députés.

En attendant, voyons les critiques que soulève le projet de M. Lockroy. Notre confrère M. le Dr Deligny, en émet quelques-unes qui sont fort justes.

« Au premier examen, dit-il, on voit que ce projet a été préparé par des médecins qui connaissent peu la situation d'une grande partie du corps médical. » Si les inspirateurs du projet ne sont pas à proprement parler « des savants de laboratoire », comme les appelle M. Deligny, ce sont du moins des savants qui ou se sont désintéressés de la pratique professionnelle ou ne l'ont abordée que dans des conditions exceptionnelles.

Pourquoi le projet du gouvernement maintient-il les officiers de santé, que le projet de Chevandier supprimait, donnant ainsi satisfaction aux vœux réitérés de la presque unanimité du corps médical ? — Nous l'avons déjà dit dans un article antérieur quand nous avons combattu les arguments exposés par M. A. J. Martin, l'un des inspirateurs du projet du gouvernement, dans un article de la *Gazette hebdomadaire.* Pour que les campagnes ne manquent pas de médecins ? L'article 4 du projet de loi, interdisant aux officiers de santé l'exercice dans les villes de plus de 10,000 habitants, a évidemment pour but de reléguer ceux-ci dans les campagnes. « Mais les officiers de santé pourront encore aller s'installer dans les petites villes, dans les gros bourgs, et on peut être certain qu'ils se garderont bien des pays pauvres où la pratique médicale est pénible et peu lucrative.

Cela a déjà été prouvé par M. de Salvandy, en 1848. Si l'on dresse deux cartes de France, dit le Dr Geoffroy, en marquant sur l'une les départements d'une teinte d'autant plus foncée que le nombre des docteurs y est plus faible, et que l'on exécute le même travail sur l'autre pour les officiers de santé, on voit que, dans l'immense majorité des cas, ce sont les départements qui possèdent déjà une proportion considérable de docteurs qui ont le plus d'officiers de santé. Réciproquement, ce qui est bien plus grave, ce sont les départements les plus pauvres en docteurs qui le sont également le plus en officiers de santé, de telle sorte qu'ils sont presque absolument dépourvus de soins médicaux.

On ne peut donc compter sur les officiers de santé pour suppléer les docteurs et ce fait que je viens de citer prouve bien évidemment que la loi ne

les obligera pas à aller exercer dans les pays où on aurait besoin d'eux.

M. Deligny montre avec évidence que l'article 3 du projet de loi, soumettant les officiers de santé à l'obligation de se faire assister par un docteur en médecine, hormis les cas d'urgence, dans les grandes opérations chirurgicales et obstétricales, est difficile à interpréter.

« Qu'entend-on par grandes et petites opérations ? Voilà ce qu'il faudrait apprendre, à nous médecins et aussi aux magistrats qui peuvent être appelés à apprécier. Mais la loi oublie de les définir.

D'une façon générale, aujourd'hui, la jurisprudence classe, dans la catégorie des grandes opérations, toute opération qui est d'une exécution difficile, qui porte sur des organes profonds ou dont les fonctions sont essentielles à la vie, dans laquelle on peut léser des vaisseaux importants ou des nerfs et qui peut entraîner une infirmité grave. On considère comme telles les amputations, les résections, la lithotomie et la lithotritie, la hernie étranglée, la trachéotomie, l'opération césarienne. Mais, avec les tribunaux, il faut s'attendre à des surprises, d'autant plus qu'ils ne sont pas tendres pour les disciples d'Hippocrate ; c'est ainsi que, en 1863, la Cour de Paris a attribué à la réduction d'une fracture d'un des os de l'avant-bras la même importance qu'aux opérations que je viens de signaler. (Tourdes).

Et l'urgence, ne peut-elle aussi servir à couvrir bien des cas d'intervention précipitée ?

Peut-on, en théorie, déterminer d'une façon précise le moment précis où commence l'urgence pour pratiquer la trachéotomie, par exemple, ou opérer une hernie étranglée, ou lier une artère ?

Jusqu'à ce jour, les officiers de santé se sont très peu préoccupés de cette prescription, déjà inscrite dans la loi de l'an XI, et il en sera toujours de même.

Il faut supprimer l'officiat de santé, respecter les officiers de santé qui exercent actuellement et dont beaucoup sont dignes de leur situation médicale souvent importante, mais ne pas en créer de nouveaux.

On a objecté que l'on pourrait élever le niveau des études pour le diplôme de l'officiat. Cela me paraît difficile et serait aussi préjudiciable à l'institution que sa suppression devant laquelle on recule.

Dans ces derniers temps, la distance qui séparait l'officier de santé du docteur a été tellement diminuée par les exigences plus grandes imposées aux aspirants à l'officiat que, si on la diminuait encore, la distinction entre les deux titres n'aurait plus de raison d'être.

De quelque côté que l'on prenne la question, on se trouve en présence de la nécessité de la suppression de l'officiat. Il faut bien le reconnaître, avec les signataires du projet Chevandier, il n'y a pas à créer un ordre particulier de médecins pour la campagne ; les docteurs s'y installent volontiers, tandis que les officiers de santé recherchent les villes ; il n'y a pas à redouter le manque de médecins, la statistique est parfaitement rassurante sur ce point ; il n'y a pas à invoquer les exigences de l'intérêt public, elles sont mieux satisfaites par le docteur que par l'officier de santé ; il n'y a plus lieu, enfin, de se retrancher derrière la limite étroite dans laquelle la loi de l'an XI renfermait le droit professionnel de l'officier de santé et que reproduit le projet de loi du Comité consultatif d'hygiène. »

Nous reviendrons ultérieurement sur les autres réflexions que suggère la comparaison entre le projet du gouvernement et le projet Chevandier.

Traitement du Rhume par le benzoate de soude. (1)

Le Dr A. *Ruault*, qui s'est adonné avec grand succès à l'étude des maladies du larynx, recommande l'emploi du benzoate de soude à haute dose dans les affections catarrhales et congestives des premières voies.

Le rhume vulgaire est de toutes ces affections celle dans laquelle le médicament réussit le mieux, lorsqu'il est employé à la dose de 6 à 8 grammes par jour pendant plusieurs jours consécutifs.

Dès l'apparition du coryza et de la trachéo-bronchite, on pourra donner 3 fois, ou plutôt 4 fois par jour, dans une tasse de tisane de bourgeons de sapin, une cuillerée à soupe du sirop suivant, qui contient 2 gr. de benzoate de soude par cuillerée :

P. Benzoate de soude .... 40 gr.
faites dissoudre dans :
Eau .... 80 gr.
Ajoutez :
Sirop d'écorces d'oranges amères .... 280 gr.
Agitez.

Dans la plupart des cas, la guérison survient du 3e au 5e jour après le début du traitement.

On doit recommander aux pharmaciens d'avoir soin d'employer le benzoate de soude préparé avec l'acide benzoïque tiré du benjoin.

Le travail très intéressant que M. Ruault a consacré à l'emploi du benzoate de soude dans les affections catarrhales des voies aériennes, se termine d'ailleurs par les conclusions suivantes :

1° Le benzoate de soude paraît avoir sur les muqueuses des premières voies une élection analogue à celle que d'autres balsamiques, comme la terpine, ont sur la muqueuse bronchique, et d'autres, comme la térébenthine et le baume de copahu, sur la muqueuse des voies urinaires.

2° Son emploi est surtout indiqué dans le rhume vulgaire, les angines aiguës érythémateuses, superficielles, le coryza chronique simple, les poussées congestives liées à l'angine granuleuse.

3° Il doit être employé, chez l'adulte, aux doses de 4 à 5 gr. au moins, souvent de 6 à 8 gr. données pendant 6 à 12 jours consécutifs

4° On doit éviter de prolonger plus longtemps l'usage du médicament sans intervalle de repos, surtout chez les dyspeptiques, afin d'éviter l'apparition ou l'aggravation des troubles digestifs.

(1) *France médicale*, 1 et 3 janvier 1887.

Diagnostic du cancer de l'estomac par l'examen chimique des sécrétions de cet organe (1).

M. *Debove*, ayant rappelé les difficultés qui entourent le diagnostic du cancer de l'estomac, a fait connaître le résultat de ses recherches personnelles sur un nouveau signe qui paraît digne d'être accueilli avec faveur, pour si peu pratique qu'il semble au premier abord.

Dans ces dernières années, il s'est publié en Allemagne de très nombreux travaux tendant à démontrer l'absence d'acide chlorhydrique libre, pendant la période digestive, chez les sujets atteints d'une affection épithéliale de l'estomac. Ces travaux n'ont pas attiré l'attention des auteurs français, à l'exception de M. Dujardin-Beaumetz, qui les a signalés sans d'ailleurs produire aucun fait qui puisse les confirmer ou les infirmer.

Les recherches personnelles de M. Debove lui ont donné des résultats identiques à ceux annoncés par les auteurs allemands. Il a examiné des types très divers d'affections de l'estomac, gastrites, ulcères, dyspepsies, dilatations, cancers, etc. Toutes les fois que cet examen a été pratiqué pendant la période digestive, il a trouvé de l'acide chlorhydrique et de l'acide lactique ou de l'acide chlorhydrique seul quand il s'agissait d'une maladie non cancéreuse ; l'acide chlorhydrique n'existait jamais dans les cas de cancer. Cette règle souffre évidemment des exceptions; mais jusqu'à présent il n'en a pas rencontré, ce qui montre que ces exceptions sont peu fréquentes. M. Debove a présenté à la Société des hôpitaux un malade offrant un type clinique tout à fait anormal de cancer de l'estomac, et chez lequel l'absence d'acide chlorhydrique libre a permis de faire un diagnostic impossible par tout autre moyen.

Le nommé F... est âgé de trente-quatre ans : il a été successivement maçon, soldat du génie, garçon de bureau, jouissant toujours d'une bonne santé jusqu'au commencement de cette année. En février 1886, il commença à éprouver une faiblesse générale, quelques douleurs dans le ventre, et son appétit diminua. Au mois d'avril, il ressentit une gêne douloureuse dans la région de l'épigastre. Vers le mois de mai, il fut pris de vomissements qui persistent depuis cette époque, et sont formés de matières alimentaires ou glaireuses. Le régime lacté, d'abord bien supporté, l'est ensuite très mal, et F. entre dans le service de M. Debove.

Le diagnostic de cancer de l'estomac ne pouvait guère être posé chez un malade qui n'avait pas de tumeur épigastrique, n'avait jamais eu de sang ni dans les vomissements, ni dans les garde-robes, et malgré un amaigrissement notable, n'avait nullement l'aspect cachectique. On essaya le lavage de l'estomac, l'alimentation artificielle, les alcalins à haute dose, les régimes alimentaires les plus variés. Rien ne put mettre un terme aux accidents.

Faisant à cette époque la recherche des acides libres chez tous les malades atteints d'affection de l'estomac, M. Debove fut frappé de cette circonstance que chez cet homme, jamais le contenu stomacal ne présentait d'acide chlorhydrique, mais toujours de l'acide lactique. Or, dans les premiers jours de décembre, on sentait un léger empâtement dans la région épigastrique. Aujourd'hui, on perçoit de la façon la plus nette, dans la région épigastrique, un peu à gauche de la ligne médiane, une tumeur du volume d'un petit œuf, et le diagnostic de cancer paraît incontestable.

M. Debove a signalé alors le procédé employé en Allemagne et les réactions les plus faciles à appliquer cliniquement. On examine le liquide de l'estomac préalablement filtré aussi rapidement que possible. Pour la recherche de l'acide chlorhydrique, on emploie le violet de gentiane et l'orangé Poirier ; pour celle de l'acide lactique, le perchlorure de fer et un mélange de perchlorure de fer et d'acide phénique.

Le violet de gentiane (au 1/5000e) donne une coloration bleue en présence des solutions étendues d'acide chlorhydrique.

L'orangé Poirier n° 4 (indiqué par M. Dujardin-Beaumetz), et connu en Allemagne sous le nom de tropéoline, en solution saturée dans l'eau, donne une coloration rouge en présence de l'acide chlorhydrique étendu.

Sous l'influence de l'acide lactique, le perchlorure de fer (solution du *Codex*) donne une coloration jaune ; le mélange de 3 gouttes de perchlorure de fer et 10 gouttes d'une solution aqueuse sursaturée d'acide phénique passe du bleu améthyste au jaune. »

(1) Société médicale des hôpitaux, 26 décembre 1886.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 11 janvier 1887).

De la rage.

M. *Grancher* fait, au nom de M. Pasteur, absent de Paris, une réponse à la communication récente de M. Peter. Celui-ci avait dit que le laboratoire, prévenu par la famille du nommé Réveillac (voir le numéro précédent) n'avait pas répondu. Or le laboratoire n'a reçu aucun appel de la famille, ni du médecin de ce malade et M Grancher n'a connu la mort et la maladie de Réveillac que par la communication de M. Peter. Réveillac a subi non pas 36 inoculations de virus rabique, comme l'a dit M. Peter, mais 19.

M. Peter eût évité ces inexactitudes s'il eût fait l'honneur d'une visite à l'institut Pasteur où les dossier de chaque malade lui auraient été communiqués comme ils le sont à tout médecin, ami ou adversaire de la méthode. M. Peter n'a pas besoin d'insinuer qu'un accident par la vaccination antirabique est possible. Il y a eu des échecs avec la vaccination simple et avec la vaccination intensive, et il y en aura encore. Le laboratoire n'en fait pas mystère. Toute méthode thérapeutique vraiment efficace doit toujours compter avec la possibilité d'accidents, à l'origine surtout, quand toutes ses indications et contre-indications ne sont pas encore posées.

La méthode de M. Pasteur ne serait pas humaine, mais divine, si elle échappait à cette loi. Chacun des bien rares insuccès apporte des renseignements nouveaux. Par exemple, M. Pasteur et ses collaborateurs croient avoir remarqué que l'alcoolisme, le ner-

vosisme et l'épilepsie sont des conditions défavorables, et inversement que le jeune âge est une condition favorable au succès du traitement. Comment eût-on pu le savoir à priori ! Aujourd'hui on gradue le traitement pour chaque malade, en tenant compte des risques particuliers qu'il encourt par ses morsures et sa susceptibilité individuelle présumée. On espère ainsi obtenir le maximum d'effet utile, c'est-à-dire l'immunité en faisant courir le minimum de risques. Quant à la foi et à la bonne foi des collaborateurs de M. Pasteur, elle est suffisamment prouvée par le soin qu'il ont pris de subir des premiers l'inoculation antirabique pour se mettre à l'abri des dangers d'une inoculation par piqûre des virus qu'ils manient chaque jour.

M. Grancher rappelle que la base de la méthode repose sur la possibilité de conférer aux animaux l'immunité contre le virus de la rage des rues par l'injection sous-cutanée de moelles de lapins de plus en plus virulentes. Le premier inoculé, Cheister, a reçu toute la série des moelles jusqu'à la plus virulente, il y a de cela dix-huit mois. Quand M. Pasteur vit, après sa communication du 26, affluer de tous les points du monde des gens venant réclamer le bénéfice des inoculations, par crainte des responsabilités, il supprima du traitement les moelles les plus virulentes. Mais après avoir vu mourir 3 des 19 Russes mordus par des loups à Smolensk, il fit une exception pour les 16 suivants, dont plusieurs mordus à la face. Trois reçurent le traitement le plus intensif, c'est-à-dire plusieurs séries de moelles allant jusqu'à celle du premier jour. Tous ces Russes ont survécu.

C'est depuis lors que M. Pasteur a traité comme morsures de loup les morsures de la face et les morsures graves et multiples des membres.

Le 2 novembre, M. Pasteur citait, parmi les 12 personnes mortes malgré les inoculations antirabiques sur 1700 vaccinés 6 cas de morsures à la face, traitées par la vaccination simple. Il eitait parallèlement 10 autres eas de morsures à la face, traitées par la vaccination intensive. Aujourd'hui ils vont encore bien. Se portent bien aussi 36 personnes mordues à la face par des animaux reconnus enragés et traitées par la méthode intensive du 15 août au 1er novembre 1886. Toutes ces personnes qui ont reçu le traitement le plus énergique ont traversé la période la plus dangereuse. Or M. Brouardel dit, dans son article *Rage* du Dictionnaire Encyclopédique, que la mortalité après morsures de la face est de 88 pour 100 et il ne s'est pas produit encore une mort sur les 36 personnes vaccinées par le traitement intensif.

La statistique générale arrêtée au 1er janvier 1887 donne, sur 1956 personnes de France et d'Algérie vaccinées, 14 décès ; — 16 si on compte Pelletier et Moermann venus trop tard, 17 en comptant Réveillac. Mortalité inférieure à 1 pour 100. M. Pasteur publiera prochainement les statistiques étrangères de Samara, Moscou, Pétersbourg, Odessa, Varsovie et Vienne. Elles sont toutes absolument favorables.

M. *Brouardel* rappelle que dans la discussion qui a suivi la communication de M. Peter sur Réveillac, on a fait allusion à la mort d'un enfant qui, ayant été mordu par un chien inconnu le 8 octobre, inoculé le 20 octobre pendant 12 jours, et frappé le 23 novembre dans les reins par un camarade, a succombé le 25 à des accidents qu'on avait cru être rabiques. Or, l'autopsie a montré que la mort était la conséquence d'une albuminurie et d'accidents urémiques. D'ailleurs, le bulbe de cet enfant inoculé à deux lapins ne leur a pas donné la rage.

Dans le fait de Réveillac, cité par M. Peter, on voit un jeune homme mordu par un chien et inoculé tomber malade et mourir sans qu'aucun médecin ait suivi cette maladie ; les symptômes notés par des personnes incompétentes s'écartent beaucoup de ceux qui caractérisent la rage humaine. L'autopsie et l'inoculation du bulbe n'ont pas été faites.

Il faudra des observations plus précises pour ébranler l'œuvre de M. Pasteur sur la rage. Ce qui est absolument démontré et accepté même par ses adversaires qui, comme von Frisch, ont pris la peine de répéter ses expériences, c'est que l'inoculation successive de virus rabiques, provenant de moelles de plus en plus virulentes, confère au chien l'immunité pour l'inoculation sous-cutanée du virus le plus virulent. Un chien inoculé de la rage dans le cerveau par la trépanation et abandonné à lui-même succombe toujours. Un chien soumis à cette même inoculation par trépanation peut encore, dans un certain nombre de cas, être mis à l'abri de la rage par l'inoculation successive de la série des moelles-vaccins. Voilà l'œuvre expérimentale. Quant aux résultats de l'application de la méthode à l'espèce humaine, M. Grancher vient d'en faire connaître la statistique ; il y a eu des insuccès et il y en aura encore, mais quelle est la méthode thérapeutique qui n'a jamais eu d'accidents ?

M. Dujardin-Beaumetz relate le résultat de l'enquête qu'il a faite sur le malade objet de la dernière communication de M. Peter. Les médecins traitants ont fait le diagnostic l'un de rhumatisme, l'autre d'accidents gastro-intestinaux, et ce n'est que rétrospectivement que celui-ci, en se rappelant un spasme œsophagien qui ne l'avait pas frappé d'abord, a émis l'hypothèse de la rage.

Les renseignements des parents ne se rapportent pas à la rage classique : il n'y avait ni aérophobie, ni hypéresthésie, ni délire, ni agitation ; il y a eu une paralysie suivie de mort rapide. En l'absence du seul critérium, l'inoculation du bulbe, cette observation n'a qu'une très faible valeur démonstrative.

En admettant que ce soit bien un cas de rage, cela ferait 4 morts à Paris depuis ces derniers temps, deux inoculés et deux non inoculés. Mais, si l'on considère que, à l'heure actuelle, c'est l'infime minorité des gens mordus qui ne se fait pas inoculer, on conviendra que cette statistique est favorable à la vaccination. Ce raisonnement est applicable à la France entière. Ils sont rares les gens mordus qui ne se font pas inoculer, et cependant ils ont donné 17 décès par rage. Ils sont nombreux, eux qui se font inoculer, et cependant ils n'ont donné que 12 décès. On peut dire de la méthode de M. Pasteur ce que disait naguère M. Trélat du chloroforme : qu'on mette dans une balance d'une part les victimes du chloroforme, de l'autre les personnes sauvées par lui, et la balance pencherait certainement du côté des personnes sauvées. (*Applaudissements.*)

Le défaut d'espace nous empêche de donner aujourd'hui le compte rendu de la fin de la séance, c'est-à-dire du discours de M. Peter, ayant pour sujet la critique de la méthode des vaccinations antirabiques ; d'ailleurs, il n'en a fait que la première partie, l'exposé de trois nouvelles observations qu'il considère comme défavorables. Quand il aura terminé dans la prochaine séance, nous donnerons l'analyse complète.

Au cours du discours de M. Peter, M. Vulpian a

protesté contre les insinuations défavorables de celui-ci relativement à la bonne foi de M. Pasteur. M. Trélat et M. Brouardel ont fait observer à M. Peter qu'au lieu de faire une enquête personnelle incomplète, il aurait dû et il devra à l'avenir aller tout bonnement au laboratoire de M. Pasteur où il eût trouvé dans les dossiers tous les documents relatifs aux malades dont il a cité les observations.

QUINZAINE CHIRURGICALE

Plaies de l'intestin grêle par armes à feu (1).

Que faire quand on se trouve en présence d'un blessé qui, ayant reçu un projectile de moyen ou de petit calibre dans la région abdominale, présente des signes de plaies de l'intestin? Ce redoutable et intéressant problème de thérapeutique chirurgicale vient d'être remis à l'ordre du jour, à la suite d'une magistrale leçon clinique de M. le professeur Trélat et d'un fait communiqué par M. le Dr Pozzi à la Société de chirurgie. Parcourons brièvement les deux faits observés par ces chirurgiens :

1° Le 2 décembre, un homme grand et vigoureux reçoit, à une heure de l'après-midi, un coup de revolver au niveau de la région sous-ombilicale gauche, à 7 centimètres de l'ombilic. Il entre à l'hôpital de la Charité, 5 heures après, dans un état de très bonne santé apparente. Le lendemain matin se montraient un léger météorisme, un peu de hoquet, une légère douleur dans la fosse iliaque gauche. Les *urines* ne contenaient *point de sang*, les *selles pas* davantage. Bientôt le météorisme augmentait, et, sans que la température s'élevât, le pouls devenait fréquent et serré (signe de péritonite commençante). Néanmoins, M. Trélat jugeant l'état de ce malade désespéré, et considérant que la seule chance de salut ne pouvait être que l'occlusion des plaies de l'intestin, se décide à faire la laparotomie.

L'opération est exécutée 26 heures après la blessure; elle permet de constater l'existence d'un foyer restreint de péritonite due à l'épanchement des matières intestinales provenant de deux perforations siégeant sur l'iléon et se montrant sous l'aspect de plaies arrondies, violacées, de petit diamètre. Les plaies furent fermées au moyen de quelques points de suture à la soie phéniquée et, quand on se fut assuré qu'il n'existait aucune autre lésion intestinale pouvant donner issue aux matières, le ventre fut refermé. Vingt-quatre heures après, le malade succombait ; mais l'autopsie très soigneusement pratiquée montrait que les plaies intestinales étaient parfaitement fermées, que la péritonite constatée au moment de l'opération n'avait pas augmenté après celle-ci et que le blessé avait succombé à des phénomènes de congestion pulmonaire dans lesquels le météorisme, dû au choc traumatique de l'intestin, et la dégénérescence graisseuse du foie et du cœur jouaient un rôle prépondérant.

(1) Professeur Trélat.—Clinique in *Société Médicale*, 1886, n° 52. — Société de chirurgie, 15 et 25 décembre 1886, 5 janvier 1887.

Voici maintenant le fait de M. Pozzi :

2° Un jeune homme de 15 ans reçoit dans le côté droit de l'abdomen, au-dessous de l'ombilic, et à peu de distance de la ligne blanche, un coup de revolver dirigé de haut en bas et de droite à gauche. Trois heures après, survient un frisson assez violent; vomissements, envie d'uriner, émission de 200 à 300 grammes d'urine sanguinolente. Donc plaie certaine de la vessie, plaie très probable de l'intestin. Quelques heures après (8 heures après l'accident), M. Pozzi, assisté de M. le professeur Trélat, pratique la laparotomie. En incisant la paroi abdominale il constate de l'infiltration d'urine dans le tissu prévésical. L'abdomen ouvert, on trouve trois doubles perforations de l'intestin (six plaies par conséquent) et trois éraflures continues l'une avec l'autre et formant une surface allongée assez irrégulière). Trente-trois points de suture à la soie de Czerny sont placés pour fermer toutes ces perforations, puis le ventre est refermé et on a grand soin d'isoler la cavité de Retzius de la cavité péritonéale et de placer une sonde communiquant avec la vessie. Après avoir présenté un état satisfaisant pendant quelque temps, l'opéré succomba soixante heures après la blessure, cinquante-deux après l'intervention chirurgicale. L'autopsie montra, comme dans le fait précédent, que les sutures fonctionnaient bien, qu'il n'y avait aucune trace de péritonite, mais qu'au niveau de la suture faite pour fermer deux plaies par éraflure très rapprochées l'une de l'autre, le calibre de l'intestin était notablement rétréci. Il est possible, comme le pense M. Trélat, que ce rétrécissement ait joué un rôle important dans l'issue funeste; il ne faut pas nier non plus, comme le fait observer M. Pozzi, que la paralysie intestinale ait pu avoir aussi un rôle néfaste comme sur le malade opéré à la Charité.

Nous avons rapporté avec quelques détails ces deux faits, car ils sont absolument typiques et les objections que l'on a faites à la conduite de MM. Trélat et Pozzi n'ont pu combattre efficacement la doctrine mise en pratique par les deux opérateurs. M. Berger a vu guérir une plaie par balle de la fosse iliaque droite dans laquelle l'intestin avait été blessé. Dans ce cas, il est à peu près certain que les lésions portaient sur le gros intestin, et on sait, d'après les faits connus, que si les plaies de cette portion du tube digestif guérissent spontanément quelquefois, il n'en est jamais de même pour celles de l'intestin grêle. M. le professeur Verneuil a constaté plusieurs fois la bénignité des plaies de la poitrine et du foie par petit projectile ; mais une lésion de l'intestin grêle n'est nullement comparable. M. Tillaux et d'autres encore admettent que des plaies réelles du petit intestin peuvent guérir et citent des guérisons spontanées de plaies pénétrantes de l'abdomen. Mais qui dit que dans ces cas l'intestin a été réellement blessé, et ne voit-on pas dans les observations les plus connues que sa lésion n'a été que probable ? Et d'ailleurs, il ne faut pas croire que la petitesse du projectile soit toujours une condition de bénignité ; nous tenons de médecins militaires fort au courant de ces sortes de blessures qu'un projectile de très petit calibre

fera à l'intestin des perforations d'autant plus grandes que le coup aura été tiré de plus près. Pour ces diverses raisons nous ne pouvons que nous rattacher à la pratique enseignée par M. Trélat et qu'il nous reste à résumer en quelques lignes. Sans vouloir suivre la pratique des chirurgiens américains qui ouvrent le ventre non seulement quant à la suite d'une plaie de l'abdomen par projectile de gros ou de petit calibre, il y a des signes certains de plaie de l'intestin, mais encore dès qu'il y a doute sur l'existence de celle-ci, le professeur de la Charité établit comme règle qu'il faut agir *dès qu'il y a des signes de perforation, et, s'il n'y en a pas, à la première apparition des signes de péritonite.* C'est là, pour lui, le moment opportun, et il appartient à la sagacité du chirurgien de le saisir.

Il est, en effet, certain que tous les malades atteints de blessure avec perforation de l'intestin grêle, par coup de feu, meurent s'ils ne sont point traités. Quand ils succombent après l'intervention, la mort est due à la continuation d'une péritonite antérieure; il ne faut donc pas trop attendre pour opérer. Les cas de succès appartiennent à une intervention immédiate ou très rapide, sinon au début de la péritonite septique. Au delà de la quinzième heure donc, il y a peu de chances de réussite. Quand les opérés succombent à un épanchement stercoral consécutif, c'est qu'une plaie a été mal fermée ou qu'un orifice a été méconnu ; il faut donc explorer avec soin l'intestin afin d'être sûr de *boucher tous les trous.*

Si deux ou plus de ceux-ci sont assez rapprochés pour que leur fermeture amène un rétrécissement diminuant des 2/3 le calibre de l'intestin, il vaut mieux *réséquer* la partie blessée et *faire la suture circulaire.*

Il est enfin des complications mal définies, météorisme, paralysie intestinale, contre lesquelles l'opérateur le plus habile est absolument désarmé à l'heure qu'il est et qui sont la cause évidente de certains insuccès. Néanmoins il faut agir dans tous les cas qui présentent l'indication opératoire. L'intervention bien conduite, si grave qu'elle soit, ne pourra aggraver la situation du blessé et dans quelques cas pourra le sauver.

Traitement du torticolis spasmodique (1).

Comme toutes les affections de ce genre qui tiennent à un trouble physique ou purement fonctionnel du système nerveux, cette affection est extrêmement difficile à guérir.

Un chirurgien anglais, *Morgan* (1861) pratiqua le premier sur deux malades la résection de la branche externe du nerf spinal avant son entrée dans le sterno-mastoïdien. Après lui, *Rivington* 1879, *Annandale* 1875, *Mosetig-Moorhof* 1881, *Tillaux* 1882, *Nicoladoni* 1882, *Terrillon* 1884, ont fait la même opération dans des cas analogues. A ces huit faits, M. le Dr *Schwartz* en ajoute un neuvième dont voici le résumé.

(1) Société de chirurgie, 17 novembre 1886.

Une jeune femme de 26 ans, nerveuse, à la suite d'une vive émotion, est atteinte de contracture passagère des muscles sterno-mastoïdien, trapèze et angulaire gauches ; sa tête s'incline vers l'épaule gauche tandis que le menton se tourne à droite ; après avoir présenté pendant quelque temps des accès spasmodiques séparés par des rémissions complètes, la tête resta complètement inclinée sur l'épaule et la face tournée à droite ; des accès spasmodiques plus ou moins répétés ne faisaient qu'augmenter cette déviation et s'accompagnaient d'irradiations douloureuses très pénibles dans la tête et le cou. Ces crises rendaient intolérables la situation de la malade. Après avoir constaté que les muscles contracturés n'avaient pas subi la rétraction fibreuse, M. Schwartz, tenant compte de l'état nerveux de la malade, employa le bromure de potassium à haute dose, les courants continus, les aimants, la métallothérapie même, et cela sans succès. Il se décida alors à agir directement sur la branche externe du spinal. Après l'avoir mise à découvert, il lui fit subir une élongation de 2 centimètres au moyen d'une force de traction de 2 kilogrammes, puis réséqua la portion ainsi allongée. Immédiatement après le réveil de la malade, on put rendre à la tête son attitude normale et, fait très important, les accès douloureux avec leurs irradiations disparurent pour ne plus revenir. Dans la suite on lui appliqua un collier moulé pour maintenir le cou dans une bonne position.

Néanmoins, le résultat final n'a pas été une guérison totale, l'inclinaison sur l'épaule gauche s'est reproduite, mais elle est facilement réductible, et les accès douloureux n'ont pas reparu ; en un mot, la situation de la malade a été très notablement améliorée.

Il n'y a, dans ce résultat incomplet, rien qui doive décourager ; d'ailleurs, la suppression du nerf spinal externe ne prive pas tout le muscle de son innervation et il serait impossible d'aller couper ses autres branches nerveuses qui proviennent du plexus cervical profond.

Sur le petit nombre d'opérations faites jusqu'à nos jours, y compris celle de Schwartz, on relève les résultats suivants : cinq fois on a fait la résection du nerf seule, on a obtenu deux guérisons et trois améliorations ; deux fois on s'est contenté de l'élongation, une guérison, un insuccès ; deux fois on a combiné l'élongation avec la résection, une guérison, une amélioration notable; au total, *quatre* guérisons, *quatre* améliorations, *un* insuccès sur *neuf cas.*

Indications opératoires dans l'épithélioma des parties latérales de la langue (1).

M. le professeur Verneuil vient d'attirer l'attention sur un point particulier de la cure des épithéliomes de la langue et spécialement sur la méthode que l'on doit appliquer à ces tumeurs quand elles occupent le tiers moyen de la face latérale de l'organe et qu'elles envahissent légèrement le plancher buccal et les ganglions sous-maxillaires. Le chirur-

(1) Société de chirurgie, 1886, 24 novembre.

gien de la Pitié érige en principe que dans ces cas il convient d'enlever aussi largement que possible la partie du maxillaire qui est en connexion avec l'épithéliome. A plus forte raison doit-on adopter cette conduite quand la muqueuse qui remonte vers le bord gingival se trouve atteinte par le néoplasme. On commence par pratiquer la section de l'os dans l'étendue convenable en le circonscrivant par deux sutures verticales et par cette brèche d'accès facile on enlève largement une portion de la langue, les ganglions et la glande sous-maxillaire au besoin. On termine l'opération en appliquant quelques points de suture aux deux extrémités de la plaie cutanée et on tamponne la cavité avec de la gaze iodoformée. Une sonde placée dans la narine permet l'alimentation sans que les aliments liquides ou solides passent par la cavité buccale.

M. Verneuil, en un mot, ne recommande pas seulement l'ablation d'une portion de mâchoire quand l'os est nettement adhérent à la tumeur, mais il indique la résection comme nécessaire dès qu'il existe des adhérences au voisinage du maxillaire. Il n'est pas rare, en effet, de voir, quand on a opéré autrement, la récidive se faire non seulement dans les ganglions carotidiens, mais encore dans l'os lui-même.

Dr Barette.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les médecins des Paquebots (1).

I

Layrac, le 14 décembre 1886.

Mon cher Confrère,

Je m'empresse de vous transmettre les renseignements que vous réclamez sur la position et la solde des médecins sanitaires à bord des messageries nationales.

La demande doit être adressée au directeur de l'exploitation à Marseille. Si elle est accueillie, ce dernier vous fait adresser, par le ministère du commerce, une commission de médecine sanitaire.

Les conditions à remplir sont les suivantes : âge 25 ans au moins, diplôme de docteur en médecine, un an d'exercice de la médecine à terre ou stage dans les hôpitaux ; un certificat de bonne vie et mœurs.

La solde varie suivant la position du médecin, selon qu'il est embarqué, c'est-à-dire affecté à un paquebot spécial, ou selon qu'il reste à terre sans être attaché à aucun navire. Elle se compose d'un traitement fixe, qui se cumule avec les années de service et avec le traitement supplémentaire attaché aux diverses stations. Le médecin embarqué est nourri à bord et mange à la table du commandant ; dans les ports où le personnel n'est pas nourri, comme Marseille par exemple, le médecin touche une indemnité de traitement de table pour les jours passés à terre.

Le médecin non embarqué, qui par suite n'a aucun service à faire, ce qui est rare, ne touche que le traitement fixe, sans frais de nourriture.

(1) On nous a demandé des détails sur la situation des médecins des Paquebots. Les deux lettres que nous publions édifieront amplement nos lecteurs.

Le médecin a droit tous les ans à 15 jours de congé avec solde entière ou un mois avec demi-solde. Certaines stations, après un séjour prolongé, donnent droit à un congé plus long avec solde entière.

Si rien n'est changé au traitement alloué aux médecins des paquebots des messageries, voici le tableau des soldes :

	SOLDE FIXE annuelle.	SUPPLÉMENT DE SOLDE 1re Année.	2e Année.	3e Année.	4e Année.	5e Année.	6e Année	SOLDE TOTALE.
	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.
Ligne Méditerranée	2.200 — 3.000	—	—	—	—	—	—	2.200 — 3.000
Constantinople	2.200 — 3.000	20 0/0	30 0/0	40 0/0	—	—	—	3.290 — 4.200
Sénégal	2.200 — 3.000	20 0/0	30 0/0	40 0/0	—	—	—	3.290 — 4.200
Ligne Plata	2.200 — 3.000	880	1.200	1.400	1.760	—	—	3.960 — 4.760
Lignes Réunion à Suez, et de Singapore à Batavia	2.200 — 3.000	1.200	1.400	1.600	1.800	2.000	2.200	4.400 — 5.200
Ligne Bordeaux à Rio	2.200 — 3.000	800	—	—	—	—	—	3.000 — 3.800
Lignes de Suez à Hong-Kong, Pointe de Galle, Calcutta, Shang-Haï, Yokoama	4.000 — 4.800	—	166.66	333.33	500	666.66	833.33	7e Année. 5.500 — 5.800

La solde fixe annuelle des médecins est de 2.200 fr. avec une augmentation de 50 fr. par an, les quatre premières années, et de 100 fr. par an, les six années suivantes. Maximum de la solde fixe 3,000 fr. après dix ans de service. Cette augmentation de solde se cumule avec les suppléments de station indiqués ci-dessus.

Les médecins, comme tous les autres officiers, se soumettent, par le fait même de leur admission, à l'embarquement, selon les besoins du service, sur tous les paquebots de la Cie, quelle que soit leur destination, et lors même que cette destination devrait les tenir éloignés de France, plus ou moins longtemps.

Je dois ajouter que le médecin jouit à bord d'une grande indépendance, qu'il vit avec le commandant et que, par ses fonctions, il devient un ami de tout le personnel du bord. Son service consiste en une visite tous les matins, pour exempter de service les hommes malades et, à l'arrivée dans les ports, il descend le premier à terre pour présenter à la santé les patentes du navire, faire son rapport sur l'état sanitaire du bord et attirer la libre pratique. Il fait

également la pharmacie. Tous les médicaments lui sont fournis, sur sa demande, par la Cie qui est très large à ce sujet.

J'espère que tous ces détails vous suffiront et je vous prie d'agréer, etc.

Un ancien médecin sanitaire des paquebots des Messageries. Dr Cassius.

II

Paris, le 22 décembre 1886.

Monsieur le Directeur du *Concours Médical*.

J'ai lu, dans un des derniers numéros de votre estimable journal, qu'un confrère désire des renseignements sur la situation des médecins de la compagnie des messageries maritimes.

Venant de passer plusieurs années au service de cette compagnie, je transmets à notre confrère les renseignements suivants :

Pour être admis dans les messageries il faut adresser une demande d'emploi à monsieur le Directeur de l'exploitation de la compagnie, quai de la Joliette, 2, Marseille. Il faut être docteur en médecine ou officier de santé pour être admis dans cette compagnie, mais quand elle manque de médecins diplômés, ce qui lui arrive assez souvent, parce quelle ne veut pas les payer et qu'elle ne les traite pas avec les égards auxquels leurs titres leur donnent droit, elle admet des étudiants en médecine, grâce à la complaisance des commissaires de la marine. La solde des médecins date de 1853 et la compagnie ne l'a pas augmentée, quoiqu'elle manque de médecins, et elle ne l'augmentera pas, parce qu'elle sait que les commissaires de la marine lui permettront d'embarquer des étudiants en médecine, malgré la loi qui exige un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé de la part de tous les médecins des navires.

La solde des médecins des messageries est la suivante :

Lignes	Début	Maximum après cinq ans de service
Lignes de la Méditerranée........	200 f. par mois.	250 f. par mois.
Lignes d'Amérique..	266 f. 66 —	316 f. 66 —
Lignes de Chine, d'Australie et stations dans l'Indo-Chine..........	266 f. 66 —	400 f. —

L'ancienneté de service dans les lignes d'Amérique et de Chine compte pour l'ancienneté de service dans la Méditerranée, mais il faut savoir qu'un médecin qui a cinq ans de service en Amérique ou en Chine, après avoir obtenu sur ces lignes les soldes maximum de 316 fr. 66 et de 400 fr. par mois, n'a plus que 250 fr. par mois, s'il passe sur les lignes de la Méditerranée.

Dans le port de Marseille, le médecin n'est pas nourri à bord et il reçoit comme indemnité de table la somme insuffisante de 3 fr. 50 par jour.

La solde des médecins est insuffisante ; ce n'est qu'avec la plus grande économie que le médecin peut arriver à se constituer après vingt-cinq ans de services un petit capital que lui permette de vivre misérablement pendant ses vieux jours, car la compagnie ne donne pas de retraite à ses officiers. En versant tout les mois 3 0/0 de sa solde à la caisse des invalides de la marine, le médecin après vingt-cinq ans de services à la mer, reçoit de l'État la maigre retraite de 800 fr. par an.

La situation du médecin est très précaire, il peut être révoqué par la compagnie, sur la moindre plainte adressée contre lui par le capitaine de son navire.

Le service des lignes de Chine et d'Australie est très fatigant à cause des chaleurs de la mer Rouge et de l'Océan Indien ; le médecin ne peut faire ce service que pendant quelques années ; il est obligé de passer souvent pour ne pas compromettre sa santé, sur les lignes de la Méditerranée ou ses honoraires sont bien maigres.

La situation des médecins des messageries n'est bonne que pour les jeunes médecins qui désirent voyager pendant quelques années.

Chaque médecin doit passer au moins un an en station sur les lignes de Madagascar et d'Indo-Chine.

Voilà les renseignements que je puis fournir à notre confrère ; dans quelques jours, j'aurai l'honneur de vous envoyer un article sur la situation des médecins sanitaires commissionnés à bord des paquebots.

Agréez, etc.

Dr X.

TRAVAUX ORIGINAUX

Catarrhe du sinus maxillaire. Les limites de sa curabilité. — Son traitement par les poudres antiseptiques et en particulier par l'Iodol (1).

Le seul traitement du catarrhe du sinus consiste dans la trépanation de la cavité, l'installation d'un tube métallique de drainage à faible diamètre et l'application des poudres antiseptiques, précédée de lavages.

Les injections pratiquées par les fosses nasales sont sans aucune espèce d'action sur le catarrhe du sinus. Un catarrhe dont l'apparition des symptômes premiers ne remonte pas à plus de huit jours, guérit en une semaine. Si le malade n'est soumis au traitement qu'après deux mois d'accidents, il faudra compter sur le même délai de deux mois pour obtenir la guérison. Si le traitement n'est entrepris que six mois après les premières manifestations, la guérison ne s'obtient que très rarement et le malade est condamné presque toujours à vivre avec un tube de drainage.

Les erreurs de diagnostic des malades et des médecins expliquent le retard qui est apporté parfois à l'intervention chirurgicale. On dirige pendant plusieurs semaines, plusieurs mois, un traitement contre un catarrhe de la muqueuse pituitaire... L'erreur n'est pas grossière, le diagnostic est parfois délicat. Plusieurs cas diagnostiqués « catarrhe du sinus » par des maîtres..., opérés, ne donnèrent lieu à aucun écoulement par la voie de trépanation. Des malades pusillanimes reculent quelquefois longtemps devant cette petite opération, reprenant espoir à la moindre diminution dans l'écoulement qui est variable de quantité surtout chez la femme. Exemple : Une femme prévenue depuis 8 mois ne se laisse opérer qu'au bout du 9e mois, après avoir consulté dix-sept médecins.

Le Dr Combe estime que dans certains ulcères rebelles des cornets du nez, on retire de grands avan-

(1) Communication du docteur A. Combe, au congrès de Chirurgie, séance du samedi 23 octobre 1886.

tages des injections pratiquées par le sinus trépané.

Traitement : Injections avec glycérine phéniquée ; Insufflations de poudre d'Iodol. L'odeur « de poisson pourri » n'est plus perçue par le malade dès le second jour. Au quatrième jour, les matières rejetées n'ont plus d'odeur. Au huitième, les injections ressortent nettes.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

Le docteur Tranier, de Toulouse, présenté par le docteur Dandibertières, de Toulouse.

Le docteur Caucis, à Etain (Meuse), présenté par le docteur Japin, d'Etain.

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL DE LA PITIÉ

Clinique de M. le professeur Jaccoud

(3 décembre 1886).

La pleurésie diaphragmatique membraneuse

Messieurs,

Je veux vous entretenir aujourd'hui d'un malade, âgé de 25 ans, entré dans le service le 1er décembre. Son histoire est courte, il a toujours joui d'une excellente santé jusqu'au 27 novembre dernier ; ce jour-là, sans cause appréciable, sans refroidissement, il a éprouvé le matin du malaise, puis de petits frissons ; il a toussé, et, dans l'après-midi, il a été forcé de se coucher. Alors sont apparues des douleurs qui se sont accrues progressivement, siégeant au côté gauche de la poitrine, s'accompagnant d'une gêne respiratoire qui empêchait le décubitus dorsal.

Le lendemain, augmentation de ces symptômes ; le 29 novembre, il se présente à l'hôpital où on ne peut le recevoir. La dyspnée augmente jusqu'à être de l'orthopnée, et il entre dans notre service le 1er décembre.

Je l'ai vu le jeudi, 2 décembre, au matin ; il était assis, le tronc penché en avant, la respiration était très fréquente, superficielle, cependant aucune trace de cyanose. Persistance des douleurs thoraciques, limitées au côté gauche et accrues par la pression.

Il y a de la fièvre, la température est à 39° ; la veille, le malade a eu un saignement de nez.

Ce que nous constatons est donc ceci : dyspnée développée rapidement, chez un homme jeune, en bonne santé.

La question qui se pose est une question de sémiologie : A quoi rapporter cette dyspnée ?

En pareille circonstance, il y a une éventualité qu'on oublie trop souvent ; songez avant tout à la dyspnée urémique.

Y avait-il chez cet homme quelques motifs d'y songer ? Il y en avait deux : en premier lieu, l'absence de cyanose malgré la dyspnée ; en effet, la dyspnée urémique évolue sans cyanose ; en second lieu, on a trouvé une quantité assez considérable d'albumine dans l'urine, 3 grammes par litre.

Y avait-il, d'autre part, des raisons pour éliminer la dyspnée urémique ? Oui. D'abord la fièvre ; ce n'est pas qu'elle fasse défaut toujours dans l'urémie, mais, remarquez-le bien, je parle de dyspnée urémique. En second lieu, il y a les douleurs thoraciques qui, à elles seules, sont suffisantes pour éliminer l'idée de dyspnée urémique.

D'ailleurs, l'examen des urines ne dénote aucun élément imputable à une lésion rénale. La dypsnée urémique ne peut donc être mise en cause.

En somme, cette dyspnée était liée à un état fébrile ; cliniquement, cette association impliquait l'existence d'un processus aigu pulmonaire.

Passons à l'examen du malade.

Avant tout, il faut faire soigneusement l'inspection pour apprécier la modalité des mouvements respiratoires.

A l'inspiration, il n'y a pas trace de soulèvement des côtes inférieures. On n'observe pas cependant le renversement des mouvements normaux, qui se rencontre dans certains cas, c'est-à-dire, retrait de la région épigastrique et des côtes.

Chez notre malade, il y avait immobilité de la région épigastrique et des espaces intercostaux inférieurs. Cela signifie immobilité du diaphragme.

Percutons : à droite, en avant, aucune altération ; à gauche, au niveau du mamelon et à un travers de doigt au-dessous, rien également ; mais, à partir de là, diminution notable du tympanisme normal dans l'espace semi-lunaire ; cela se constate encore aujourd'hui.

Cette réduction de moitié du tympanisme semi-lunaire, signifie deux choses : ou bien l'existence de fausses membranes, ou bien celle d'un liquide.

Dans l'espèce, ce n'est certainement pas un liquide ; il n'y a pas à proprement parler de matité, et on n'aurait pas de tympanisme à la partie inférieure. Ce sont donc des membranes.

A l'auscultation en avant, on ne trouve rien à droite ; à gauche, rien non plus dans la moitié supérieure, mais, dans la partie inférieure, on perçoit de gros frottements rudes, qui se prolongent jusqu'à la région axillaire. C'est une confirmation de la présence des fausses membranes.

En arrière : submatité aux deux bases ; à l'auscultation, on ne trouvait il y a trois jours qu'une diminution du bruit respiratoire ; mais ce matin, avec ces mêmes symptômes, on trouve du frottement, plus marqué à gauche qu'à droite.

Pouvons-nous tirer de cet examen une conclusion ? Certainement. Nous avons des frottements qui donnent la certitude des fausses membranes ; mais peuvent-elles expliquer l'intensité de la dyspnée ? Non, mais les phénomènes que nous constatons indiquent un état de la plèvre qui fait prévoir que les lésions ont dû s'étendre à des points, où nous ne pouvons les percevoir, et ainsi s'explique l'état du malade, car il y a alors pleurésie diaphragmatique. Tel a été mon diagnostic : *pleurésie diaphragmatique sèche.*

L'immobilité du diaphragme indique que la plèvre diaphragmatique est atteinte ; les douleurs confirment aussi le diagnostic, elles sont un peu vagues, mais elles augmentent lorsqu'on comprime l'hypochondre gauche, de même lorsqu'on comprime le

nerf phrénique gauche, alors qu'il n'y a pas douleur à la compression du droit. Le diagnostic est aussi en rapport avec l'intensité symptomatique.

En présence d'une pleurésie qui, au bout de quatre jours, est encore sèche, il y a lieu de s'inquiéter du péricarde.

Le jeudi nous n'avons rien trouvé, ni au péricarde, ni à l'endocarde ; hier matin, nous avons constaté, en un point limité à la pointe, un léger frottement péricardique, isochrone à la systole, empiétant sur le petit silence. A cela, rien d'étonnant ; on devait s'y attendre, et ce symptôme a coïncidé avec l'extension de la pleurésie.

Je n'insiste pas pour vous recommander la méthode suivie pour l'examen du malade, en commençant par les régions antérieures de la poitrine. Quand on commence par les régions postérieures, on néglige trop souvent l'examen de la région antérieure, et ma conviction est qu'elle est plus fructueuse en renseignements, comme le prouve le cas présent.

Autre fait important : on a dit que la pleurésie diaphragmatique est rare ; cela n'est vrai que de la pleurésie avec épanchement, qui tue le malade en deux ou trois jours. Mais la pleurésie sèche est très commune, elle n'a pas la gravité immédiate de l'autre, mais elle n'en a pas moins son importance.

La pleurésie sèche peut se montrer comme maladie primitive ; c'est le cas chez notre malade, mais ce cas n'est pas ordinaire, la pleurésie primitive est la variété la plus rare de ce groupe. La variété secondaire est la plus commune, l'énumération de ses causes l'indique ; on la voit se produire dans le cours de toutes les lésions chroniques du poumon, des médiastins, du péricarde. N'oubliez pas non plus les ganglions. On peut dire, d'une manière générale, que les lésions thoraciques quelconques peuvent s'accompagner de pleurésie sèche.

Il en est de même de certaines affections abdominales, la péritonite, surtout la péritonite tuberculeuse, les lésions des reins, du foie. Nous avons eu, dans notre service, un malade, atteint d'une affection du foie, qui est mort de pleurésie diaphragmatique.

Chez tout malade chez lequel il y a une lésion thoracique, ou une lésion sus-ombilicale, il faut la rechercher.

C'est surtout dans la variété primitive que l'on peut bien étudier la marche de la maladie ; généralement le processus est fébrile, le symptôme dominant est la dyspnée.

Généralement le malade guérit ; je ne connais pas d'exemple de pleurésie diaphragmatique membraneuse ayant déterminé la mort. Il n'en est pas de même s'il y a épanchement.

Mais cette affection a des conséquences de grande importance ; je ne connais pas de cas de guérison par résolution, la guérison se fait avec adhérences, de sorte que la cavité thoracique est modifiée d'une façon définitive.

Les adhérences sont de deux sortes ; elles peuvent se faire entre la face inférieure du poumon et le diaphragme ; j'ai publié deux cas où elle existait seule. Avec ces adhérences phréno-pulmonaires, il y a ordinairement des adhérences phréno-costales ; c'est le cas le plus fréquent, et si notre malade guérit, c'est ainsi que seront les adhérences.

Les adhérences qui fixent le diaphragme peuvent le maintenir à des hauteurs différentes. On l'a vu fixé jusqu'à la quatrième côte. Le plus ordinairement c'est de la cinquième à la septième côte, et l'étendue verticale de la poitrine est diminuée.

C'est là le danger des pleurésies diaphragmatiques membraneuses, il peut en résulter une incommodité grave par entrave à la respiration. Si, à un moment quelconque, il survient une pleurésie ordinaire, le liquide ne peut se loger aux parties inférieures, il n'y a plus de parties inférieures. C'est dans ces cas que, si l'on fait la thoracenthèse, on expose le malade à une mort immédiate. On fait la thoracenthèse au lieu d'élection, entre la septième et la huitième côte, et on est tombé une fois dans le péritoine, une autre fois dans le cœur en faisant la ponction latérale ; ou bien encore la ponction est inutile, ne pénétrant que dans le paquet membraneux.

Il est donc nécessaire de connaître l'existence de ces membranes ; mais, comment y parvenir ?

Lorsqu'elles existent, il y a matité comme pour un liquide, absence de vibrations vocales, silence absolu ; il y a donc identité parfaite avec l'épanchement liquide.

Un seul signe, qui permettra de les reconnaître, est fourni par l'inspection : il y a, non seulement immobilité, mais retrait du creux épigastrique et même des côtes.

Ce signe est le seul qui permette de différencier les adhérences anciennes de l'épanchement.

Plus tard, au lieu de l'immobilité actuelle, notre malade présentera le retrait, et je vous le ferai constater s'il guérit.

Je dis : s'il guérit, parce que, bien qu'il se trouve mieux, je ne suis pas sans inquiétude ; je crains que cette pleurésie sèche ne soit liée à une tuberculose.

J'ai cru devoir appeler votre attention sur cette affection, d'une part, à cause des particularités du diagnostic, d'autre part à cause des conséquences qu'elle présente. *Recueillie par le Dr Deligny.*

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Mauvais procédés et mauvais confrères.— Annonces et réclames.— Une épuration nécessaire. — Un dentiste d'un nouveau genre.

Nous avons commencé, dans le courant de l'année 1886 à publier sous le titre « *Mauvais procédés et mauvais confrères* » une série de faits qui n'est point épuisée, hélas ! et que nous nous proposons de reprendre à mesure que le temps et l'espace dont

nous pourrons disposer nous le permettront. Le champ est vaste malheureusement et, comme l'écrivait un de nos honorables correspondants, pour l'épuiser ce n'est pas un ou deux articles qu'il faudrait, mais bien de gros volumes. Et encore, après avoir publié plusieurs *in-folio*, ne serait-on pas certain d'avoir tout dit. C'est comme pour les cas de conscience : il faut toujours laisser une part à la nouveauté et à l'imprévu.

Il en est d'ailleurs des mauvais procédés comme des annonces : Les variétés sont innombrables. Depuis le modeste écriteau sur lequel on a collé une feuille de papier portant les mots : « Maison ou cabinet à louer, » jusqu'à l'annonce ou la réclame ambulante du boulevard, avec ses formes variées à l'infini selon la fertilité ou les aberrations d'imagination du principal intéressé, vous trouvez, en effet, toutes les nuances les plus propres à attirer l'attention du public et la foule, grâce à cette tendance de l'esprit humain à être attiré par le merveilleux, fournit à tous les *barnums* les phalanges sans nombre des dupes prédestinées.

— Tant pis, direz-vous, ami lecteur, pour celui qui se laisse tromper ! — Sans doute, très cher confrère, chacun doit se garder, et tout le monde sait fort bien que toute réclame est, par essence, un peu mensongère. Mais ne renferme-t-elle pas aussi, parfois, un atôme de vérité grâce auquel vous-même, peut-être, vous laisserez un jour entraîner ? La curiosité, cette grande séductrice, nous tente bien souvent et la faiblesse héréditaire de notre humaine nature aidant, nous mordons à cette pomme.

Oh ! si peu ! direz-vous, et du bout des dents seulement !

— Vous vous excusez ; prenez-y garde : donc, vous êtes coupable. Prenez garde, vous dis-je ! Vous êtes en puissance d'un mal que vous ne pourrez plus arrêter pour peu que vous y mettiez de retard.

Je connais des confrères qui se moquaient autrefois de ces annonces dont je parlais tout à l'heure et qui aujourd'hui en sont arrivés à en user au point de ne plus savoir formuler. Un, entre autres, à la piste de toutes les nouveautés, lit religieusement la quatrième page de tous les journaux qui lui tombent sous la main, et aussitôt qu'il découvre un médicament jusqu'alors inconnu, vite va le prescrire à un de ses clients. Le Pharmacien du coin ne le possède pas, c'est entendu. « Eh bien ! qu'on le fasse venir, c'est pressant », dit notre homme. En attendant, le mal empire : il est vrai qu'on n'a rien fait pour l'arrêter ; mais à qui la faute ? Si le malade meurt, c'est parce que ce bélitre de pharmacien n'est pas à hauteur, comme on dit au pays où se passe le fait, et que son ignoble boite ne renferme pas l'indispensable.

Il est vrai qu'ils sont cinq ou six apothicaires dans la localité dont il s'agit, et, comme ce qui se passe pour un aujourd'hui s'est passé hier pour un autre et demain pour un troisième, vous verrez qu'on priera quelque débutant de venir s'établir en concurrence avec ses collègues. Les malins ne s'y laisseront pas prendre ; mais les naïfs, — il y en a partout, paraît-il —, mordront à l'hameçon. Dans tous les cas, la petite localité de N... verra bientôt s'ouvrir la pharmacie destinée à sanctionner le triomphe du Dr Z... qui, en attendant, passe pour un grand homme et éclabousse ses confrères.

Voilà, si je ne me trompe, de mauvais procédés et un mauvais confrère. S'il était membre du *Concours médical*, je demanderais sa radiation ; car vraiment il n'est pas agréable de côtoyer ces gens-là et, quand on trouve son nom accolé à celui de pareils faiseurs, on rougit d'une promiscuité semblable.

A ce propos, la publication faite récemment des noms des membres du *Concours* et la décision prise à l'assemblée générale de novembre, à l'occasion d'un fait révélé par notre honorable confrère, le docteur Lardier, des Vosges, nous permettront une épuration nécessaire, mais jusqu'à ce jour impossible.

A ce sujet, on me signalait récemment un...... (je n'ose écrire confrère), mettez un monsieur, établi primitivement dans une localité où l'exercice de la médecine *honnête* ne lui permettait pas de satisfaire des goûts qui ne l'étaient que médiocrement ou même pas du tout ; il quitta, un beau jour, ce pays où on etait bien obligé d'être honnête, puisqu'on ne pouvait faire autrement, et s'installa dans une de ces grandes cités où toutes les industries, même les moins avouables, trouvent à s'exercer. Comme il était ignorant ainsi qu'une carpe, il ne pouvait prétendre à acquérir une réputation méritée. Aussi il eut bien vite pris son parti et les journaux du crû ne tardèrent pas à annoncer que la somnambule Melle......... (soyez tranquille je ne dirai pas son nom, afin de ne pas lui faire une réclame), mettez Melle X. donnait des *consultes* tous les jours avec l'assistance d'un docteur. C'était le monsieur en question !

En voilà un dont le nom doit en toute hâte disparaître de l'annuaire du *Concours médical*. Il s'en trouvera malheureusement plusieurs autres dans le même cas, ou dans des cas analogues. Il faut nécessairement faire une épuration ; car nous sommes et nous voulons rester une société d'honnêtes gens, rien que d'honnêtes gens.

Le fait que nous venons de citer nous ramène vers *l'Annonce* dont nous avons dit, plus haut, quelques mots. Si quelques médecins en usent, en revanche, un grand nombre de pharmaciens en abusent étrangement. C'est bien dans la collection qui les intéresse que nous avons trouvé tout ce qu'il y a de mieux réussi en ce genre, de véritables perles, des trésors.

Ces messieurs se plaignent que la loi ne leur fait pas la part assez belle, et, en attendant que certain article de la législation en préparation leur permette de vendre toutes leurs drogues sur la seule demande des clients, et sous leur propre responsabilité, c'est-à-dire, en bon français, d'arracher à l'humble praticien les quelques clients qui lui restent, en attendant ce jour si désiré, ils continuent à inonder les journaux de leur prose et de leurs promesses.

Un riche banquier rencontre un ami un peu râpé, mais d'une santé aux apparences les plus florissantes. « Vous êtes bien heureux, mon cher ; je donnerais, dit-il, cinquante mille francs de me porter comme vous : mine fraiche, jambes lestes comme à vingt ans, jarrets d'acier et.... le reste ? » — « Et le reste ? oui, pas mal, répond d'un air malin le râpé. Ce n'est pas difficile et cela coûte peu. Prenez... C'est tout le secret de cette verte vieillesse que vous paraissez envier. »

Ces choses-là sont absurdes, mais, insérées dans des journaux à grand tirage, elles finissent par exercer une pression, une obsession sur l'esprit de certains individus arrivés à la période des souvenirs ; on se laisse tenter, et, en allégeant son porte-monnaie de quelques pièces de cent sous, on va grossir la caisse du pharmacien Crésus, et payer une part de cette publicité qui, il y a juste cinq ans, coûta *cent soixante-sept mille et cinq cents francs*.

Vous vous étonnerez de me voir préciser ce chiffre et vous me demanderez comment... — Halte-là ! je vous arrête, cher et curieux confrère. Vous voyez bien que, vous aussi, vous êtes possesseur de ce commun défaut, et j'ai le regret de ne pouvoir satisfaire votre curiosité, pour aujourd'hui du moins. C'est un secret que je ne suis pas autorisé à divulguer. Nous avons tous reçu ces numéros spécimens de journaux illustrés consacrés, en entier, à faire l'apologie des produits de M. X. Son portrait, sa biographie, son panégyrique, rien ne manque ! De par le journal en question, il est sacré grand homme. Que dis-je ! c'est le plus grand bienfaiteur de l'humanité et Jenner et Pasteur ne sont pas dignes de délier les cordons de ses souliers. On n'a pas encore songé à lui élever de statue au centre d'une place tracée exprès pour lui au sein de la capitale du monde; mais cela viendra. C'est une injustice et un oubli qui bientôt, sans doute, seront réparés...

Et le *vulgum pecus* s'y laisse prendre ! il paiera ces frais énormes prélevés sur son épargne et cela sans sourciller. Si du moins sa bourse seule avait à souffrir? mais la santé...

Il est vrai que les dupes sont souvent des victimes ; s'il en est de dociles, — et c'est le plus grand nombre — il en est aussi parfois qui se plaignent. Voyez plutôt le cas d'un rédacteur de l'un des journaux politiques de Paris les plus en vogue ! Il s'est plaint récemment d'avoir absorbé, sur la foi des annonces, un des médicaments les plus vantés de notre époque par les entrepreneurs patentés de réputation et d'avoir été victime d'un véritable empoisonnement par la morphine contenue dans ce produit prétendu inoffensif.

Eh mais, cher collègue, de quoi donc vous plaignez-vous ? Vous savez bien comment ces choses-là se passent. Avez-vous jamais songé à demander une garantie à l'industriel qui vient payer vos réclames à raison de trois francs la ligne ?

Si vous avez voulu réagir contre cette publicité malsaine, nous sommes avec vous. Reste à savoir si vos actionnaires partageront notre sentiment.

La réclame médico-pharmaceutique dans les conditions où elle s'exerce aujourd'hui est un véritable danger pour la santé publique. J'entends parler de cette réclame qui s'étale éhontée et cynique dans la presse extra-scientifique.

Je sais bien que l'on m'objectera la liberté dont chacun a le droit de jouir, mais la liberté individuelle, comme les intérêts particuliers, doivent être primés par l'intérêt supérieur da la société.

Un certain nombre des faits que nous avons très discrètement signalés frisent de bien près l'exercice illégal de la médecine. D'autres en sont des cas parfaitement caractérisés. Il y aura certainement lieu de s'en occuper un jour. En attendant, nous les signalons à notre excellent confrère, M. le Dr Ordonneau, qui a entrepris le rude labeur d'étudier la question si vaste de l'exercice illégal; mais nous voulons, sans tarder davantage, lui signaler, à titre de curiosité, le fait suivant que nous garantissons parfaitement authentique.

Cela se passait dans la petite ville de *Montpaon* en Périgord, comme disent les papiers du siècle dernier, et c'était au temps où les diligences Lafitte et Gaillard n'avaient pas encore été remplacées par les chemins de fer. Les « Briskas » légendaires faisaient alors les services rapides. Montpaon ou, pour être de notre époque, Montpont sur l'Isle avait un maître de Poste aux chevaux, M. D..., extrêmement facétieux, et un employé de la poste aux lettres intrépide, mais naïf autant que qui que ce soit; c'était le jeune C..

Un jour que celui-ci se plaignait du mal aux dents, le maître de Poste aux chevaux lui proposa de le guérir. « Tiens, Géant, (c'était le nom de guerre de l'employé) je vais t'attacher avec cette ficelle magique et, en moins de cinq minutes, tu ne souffriras plus. » Entre temps, la Briska était arrivée. Les désœuvrés flânaient autour comme aujourd'hui aux abords des gares de chemins de fer, à l'arrivée des trains. — Le loustic D... attachait la corde derrière la voiture. Puis un coup de fouet retentit... le Briska part et... la dent avec lui. Jugez de la surprise de C. et des rires de tous les assistants !

J'étais tout enfant à cette époque ; j'allais en classe chez le magister du lieu et je fus témoin, avec beaucoup d'autres, de cette scène héroï-comique et du cas d'exercice illégal que je soumets à mon honorable confrère.

Dr Ad. Barat Dulaurier.
Ex-Interne des Hôpitaux de Paris.

NOUVELLES

Nous lisons dans le *Patriote de l'Oise* du 3 décembre 1886 :

« Je ne voudrais pas laisser partir le docteur Suillet, qui vient de mourir à Senlis, sans lui donner le souvenir d'un ami.

Ses qualités professionnelles, son extrême empressement à rendre service, à se prodiguer, sont connus de tous. Ce qui l'est moins, car on ne lui a pas toujours rendu, à cet égard, l'exacte justice qu'il méritait, c'est l'étendue de son savoir.

Il n'y avait guère de questions, il n'en surgissait pas de nouvelles, qu'il n'ait approfondies ou discutées au passage avec ce feu, cette ardeur d'action, cette exubérance méridionale, qui nuisait quelquefois, par l'excès même, à ses démonstrations les plus évidentes. Esprit orné d'une très vaste lecture, le docteur Suillet s'était attaché surtout aux questions métaphysiques, économiques, financières, industrielles, agricoles. Là-dessus, il ne tarissait pas en aperçus neufs, ingénieux, en systèmes échafaudés de toutes pièces qui vous surprenaient autant par leur profondeur que par leur simplicité pratique.

Mais la théorie surtout passionnait cette intelligence remarquable, l'emportait sur ses ailes et l'empêchait parfois de reprendre pied. D'ailleurs, il est impossible, en quelques lignes, de saisir cette mobile physionomie, de l'expliquer, de tenter de la faire comprendre et d'arrêter un jugement. En rapport avec quelques-uns de nos savants les plus distingués, ayant séduit un moment cet esprit sérieux, chercheur et complexe, qui s'appelait Emile de Girardin, il me semble qu'il n'a manqué au docteur Suillet qu'un plus vaste théâtre où il eût pu développer à l'aise ses vues, ses plans, ses idées sur tant de sujets dignes d'attirer l'attention, autant par leur diversité, leur nouveauté, que par le sens précis de l'*utilisation* et de l'*amélioration* que M. Suillet poursuivait de ses plus constants efforts. C'était là l'originalité de cet esprit vraiment supérieur, de cette nature si impressionnable, passionnée et vivante ! Un de mes regrets est de n'avoir connu cet homme de réelle valeur, qu'à l'heure décroissante de la vie où les amitiés intellectuelles se nouent si péniblement et se dénouent hélas ! si vite.

Aimé Dollfus.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André, 3.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

Broncho-pneumonies secondaires à des diarrhées putrides (1).

M. Sevestre, médecin de l'hospice des Enfants-Assistés, a relaté une épidémie de broncho-pneumonie qu'il a observée l'an dernier dans cet hospice.

Il s'agissait d'enfants du dépôt pour la plupart nourris d'une façon défectueuse ; car les règlements de l'hospice n'accordent aux enfants assistés non malades qu'une nourriture de mauvaise qualité eu égard à leur âge, bœuf bouilli et pain avec une quantité de lait tout à fait dérisoire, pour des enfants de 18 mois qui auraient surtout besoin de ce dernier aliment.

Quoi qu'il en soit, ces enfants contractaient une gastro-entérite et entraient dans le service de M. Sevestre avec quelques vomissements, mais surtout une diarrhée abondante, généralement fétide. La température était normale ou peu élevée ; au bout de quelques jours, on voyait survenir chez quelques-uns des symptômes typhoïdes, sécheresse de la langue, fuliginosités des lèvres, puis chez tous des accidents broncho-pulmonaires, revêtant plutôt la forme de foyers de congestion très accentués que celle de vrais noyaux d'hépatisation pulmonaire. Les râles sibilants et sous-crépitants, la diminution de la sonorité en certains points, un souffle peu intense, expiratoire, plus ou moins fugace étaient le plus souvent, avec une toux et une dyspnée modérée, les signes révélateurs de la complication pulmonaire. La température s'élevait plus ou moins, d'une façon irrégulière, suivant l'importance de la détermination pulmonaire.

La majorité des enfants ainsi atteints ont succombé ; à leur autopsie on a trouvé, outre des lésions de splénisation, de congestion et de broncho-pneumonie, des lésions intestinales peu profondes, mais très étendues, soit des plaques de vascularisation au niveau des agglomérations lymphoïdes, soit de très légères exulcérations. Les ganglions lymphatiques correspondants étaient en général un peu tuméfiés et vascularisés, ou même ecchymosés. La rate n'offrait pas de lésions notables ; le foie était souvent en état de dégénérescence graisseuse, et les reins n'étaient pas toujours sains.

M. Sevestre repousse l'hypothèse de fièvres typhoïdes anomales pour les enfants qu'il a observés. Il est porté à admettre que chez eux le début des accidents a été une entérite avec fermentations putrides excessives, et formation de ptomaïnes qui ont produit ultérieurement une auto-intoxication dont les accidents broncho-pulmonaires ont été la principale et la plus bruyante manifestation.

Se guidant sur cette interprétation pathogénique, il a surtout mis en œuvre dans le traitement les antiseptiques, la naphtaline seule ne lui a pas donné de très bons résultats ; il s'est au contraire beaucoup loué du calomel, et c'est à l'emploi de ce médicament qu'il attribue la plupart des guérisons qu'il a obtenues.

(1) Société médicale des hôpitaux, 14 janvier.

Critique du projet de loi du gouvernement (1).

L'article 11 édicte que des listes des docteurs, officiers de santé, dentistes et sages-femmes seront établies chaque année dans les départements par les soins des préfets et de l'autorité judiciaire et que des copies certifiées de ces listes seront transmises aux ministres de la justice, du commerce et de l'Industrie et de l'Instruction publique. — Il nous semble que ces mesures ne sont pas suffisantes ; c'est par voie d'affichage dans les communes, à la porte des mairies, que la liste des personnes ayant le droit d'exercer une branche quelconque de la médecine devrait être portée à la connaissance du public. La chose est faite déjà pour les vétérinaires.

(1) Voir le numéro précédent.

Pourquoi ne se ferait-elle pas pour les médecins ?

L'article 14 autorise tout docteur en médecine ou officier de santé exerçant dans des localités où il n'y a pas d'officine de pharmacien *à une distance de 4 kilomètres* à tenir des médicaments pour l'usage exclusif de ses malades. Nous croyons qu'il vaudrait mieux ne pas fixer un nombre déterminé de kilomètres et dire tout simplement que le médecin est autorisé à fournir des médicaments pour ses malades toutes les fois qu'il exerce dans des localités où il n'y a pas de pharmacien.

L'article 15, qui définit l'exercice illégal, excepte de la catégorie des personnes exerçant illégalement « les élèves en médecine qu'un médecin place auprès de ses malades. » La rédaction du dernier paragraphe de cet article n'est pas assez claire. S'il s'agit d'un étudiant placé passagèrement et à demeure auprès d'un malade déterminé pour donner certains soins ou surveiller l'exécution du traitement, cela est bien. Mais il ne faudrait pas que, se couvrant de cette rédaction obscure, un médecin pût placer comme remplaçant auprès de ses malades pendant plusieurs semaines ou mois un étudiant de seconde année par exemple, parce que cette olérance dangereuse serait en opposition avec l'article 12 qui réserve ce droit de remplacement et d'exercice temporaire aux seuls internes des hôpitaux nommés au concours et aux étudiants dont la scolarité est terminée.

L'article 23 est bon, mais nous demandons que, parmi les associations de médecins régulièrement autorisées auxquelles la loi accorde le droit de se porter partie civile en cas de poursuite pour exercice illégal, les Syndicats médicaux soient expressément désignés.

MALADIES DES ENFANTS

Diagnostic et complications de la varicelle.

M. le professeur GRANCHER vient de consacrer une intéressante clinique à ce sujet, et il a montré que les questions réputées les plus banales ont encore plus d'un côté obscur.

La varicelle est une maladie presque toujours aussi bénigne que facile à diagnostiquer ; il y a cependant des cas où le diagnostic est entouré de quelques difficultés. Il y a notamment au point de vue de la prophylaxie de l'entourage du malade un intérêt réel à ne pas confondre une varioloïde et une varicelle. S'il s'agit d'une varicelle, il n'est pas très important d'isoler le malade, vu la bénignité de cette maladie ; au contraire, la constatation d'une varioloïde impose les mêmes précautions d'isolement qu'une variole, puisque le contage issu d'une variole très atténuée peut aller causer chez un autre sujet une variole grave et même mortelle. Or le diagnostic entre la varicelle et la varioloïde, habituellement facile, est quelquefois assez malaisé de prime abord, surtout si l'on s'en tient, pour établir le diagnostic différentiel, aux caractères objectifs de l'éruption.

Tout le monde a dans la mémoire la magistrale description que Trousseau nous a laissée de la varicelle. Pour peindre un cas typique, aucun écrivain ne l'a jamais égalé ; la seule critique qu'on puisse faire de sa description, c'est que, par suite de sa précision même, elle est un peu trop schématique peut-être ; quand on l'a lue, il semble qu'on ne puisse jamais hésiter à en faire le diagnostic. Trousseau, dualiste dans la question des rapports qui peuvent exister entre la varicelle et la variole atténuée, a établi les bases du diagnostic différentiel entre ces deux maladies sur les points suivants :

Dans la varicelle, disait-il, la fièvre est nulle ou très légère et l'éruption survient presque en même temps que les premiers prodromes, 24 heures au plus tard après eux. — Dans la varioloïde, on observe une fièvre d'invasion de 3 jours et l'éruption survient le quatrième jour.

La varicelle évolue par poussées successives. Les premières vésicules sont déjà affaissées ou desséchées quand surviennent d'autres vésicules toutes fraîches, et il en peut être ainsi à plusieurs reprises. Les éléments éruptifs, tout en affectant de préférence le tronc, se répartissent à peu près d'une façon indifférente sur le tronc, la face et les membres. — Dans la varioloïde, on voit généralement les premières papules se montrer à la face, puis sur les membres et le tronc ; l'éruption se fait quelquefois lentement, en deux jours, mais en somme d'une seule tenue, et, quand la poussée exanthématique est complète, on n'en attend plus de nouvelles.

L'élément éruptif de la varicelle est essentiellement une vésicule, plus ou moins volumineuse, reposant sur un fond rose, les parois sont très minces, le contenu translucide ; l'apparence est celle d'une gouttelette de cire vierge. La vésicule s'affaisse ou se déchire et se dessèche en deux ou trois jours. — Dans la varioloïde on observe d'abord une papule, qui se transforme ultérieurement en une vésico-pustule ; celle-ci souvent devient ombiliquée et la dessiccation de son contenu purulent met huit à neuf jours à s'accomplir.

Trousseau a peut-être exagéré ces différences d'aspect et d'évolution entre les éléments éruptifs de la varicelle et de la varioloïde ; c'est là le point sur lequel M. Grancher croit nécessaire d'appeler l'attention et que va mettre en évidence une observation dont nous allons parler tout à l'heure.

Rappelons d'abord que, pour établir le diagnostic différentiel de la varicelle, il n'y a pas seulement à se préoccuper de la varioloïde.

J. Hutchinson a insisté, dans des conférences faites à Londres, qui ont paru dans le *British Medical journal* de 1875, sur l'existence d'une affection cutanée chronique, le *prurigo varicelliforme*. Cette affection débute la plupart du temps, comme une franche varicelle, avec ou sans phénomènes prémonitoires ; mais les poussées successives de vésicules et de bulles sont pour ainsi dire illimitées, s'accompagnant d'un prurit intense. Ces poussées sont séparées par des intervalles plus ou moins longs, de sorte que plusieurs médecins, appelés l'un après l'autre au moment de chacune d'elles, risquent fort de se méprendre et de diagnostiquer chaque fois une varicelle pure et simple, s'ils ne s'informent pas des commémoratifs. Les vésicules les plus grosses, une fois rompues, laissent des ulcérations plus ou moins profondes, qui suppurent quelquefois et se recouvrent de croûtes, et simulent alors l'ecthyma. Les éléments éruptifs du prurigo varicelliforme ont des sièges de prédilection, qui sont le voisinage des ar-

ticulations dans le sens de la flexion, les faces plantaire et palmaire des extrémités. Le prurit tenace, l'insomnie qui en est la conséquence, amènent au bout de quelque temps l'amaigrissement et le dépérissement des jeunes enfants qui sont sujets à cette affection.

Il pourrait arriver qu'on confondît, à première vue et faute d'un examen assez attentif, la varicelle avec les *syphilides varicelliformes*, éruption spécifique vésiculeuse dont Duhring a donné une bonne description dans son Traité de Dermatologie (Traduction de notre distingué collègue le Dr Barthélemy). Les syphilides varicelliformes font partie du groupe des accidents secondaires tardifs de la syphilis. Elles se montrent le plus souvent vers le sixième mois de l'infection, rarement après la première année. Elles coexistent souvent avec des papules et d'autres manifestations de la maladie qui rendront le diagnostic facile. Il est des cas toutefois où une difficulté peut naître de l'existence de stigmates de syphilis chez un enfant dûment atteint de varicelle. Chez un petit malade de la clinique de M. Grancher, dont nous allons parler, il y avait sur la région fessière certaines cicatrices ayant l'apparence de celles que M. Parrot considérait, avec quelque exagération peut être, comme caractéristiques de la syphilis héréditaire.

Bien que les bulles du *pemphigus* soient beaucoup plus volumineuses en général que les vésicules de la varicelle, qu'elles aient une marche différente et surviennent dans des conditions particulières, qui laissent peu de prise à la confusion, celle-ci a été possible, suivant Geddings (*Medical News*, 1885).

Enfin, il faut rappeler que, parmi les éruptions provoquées par l'administration de certains médicaments, et que Bazin a dénommées assez bizarrement *pathogénétiques*, il en est qui revêtent l'aspect vésiculeux, varicelliforme : ainsi l'arsenic, surtout les bromures, les iodures et les iodiques, la quinine même à doses élevées. (Voir l'article que j'ai consacré à ce sujet : Des éruptions médicamenteuses, *Concours médical*, 1883.)

J'arrive à l'histoire d'un petit malade dont M. Grancher a parlé dans sa clinique du 8 janvier, et chez lequel le diagnostic entre la varicelle et la varioloïde pouvait soulever quelque litige. Un petit garçon de 2 ans 1/2, indemne d'antécédents personnels et héréditaires, fut amené un lundi à la consultation, où mon collègue, M. Queyrat, le vit couvert d'une éruption qui lui fit prononcer de prime abord le mot de varicelle. L'enfant avait depuis un mois une éruption d'eczéma impétigineux sur la face : mais depuis le samedi étaient survenus sans aucun malaise des petites cloches ou des petits boutons sur tout le corps, à la fois, disaient les parents.

M. Variot, ancien chef de clinique, vit l'enfant à ce moment et fit le diagnostic de varicelle. Tel fut aussi le mien, lorsque l'enfant fut amené dans ma salle. M. le professeur Grancher, le lendemain, tout en acceptant ce diagnostic, le considéra comme discutable. L'enfant présentait à ce moment, outre de larges croûtes d'impétigo sur le cuir chevelu, le pourtour des narines et de la bouche, des éléments éruptifs variés : les uns étaient de petites croûtelles minces, d'autres des vésico-pustules affaissées et rompues, d'autres étaient ombiliquées, mais fortement déprimées au centre ; un petit nombre se rapprochaient plutôt des vésicules que des pustules, mais aucune ne contenait un liquide franchement translucide ou opalin, le contenu des élevures phlycténulaires était manifestement lactescent dès leur apparition. Je me fondais, pour admettre la varicelle et repousser la varioloïde, sur la contemporanéité d'éléments éruptifs d'âges absolument différents, indiquant la succession de trois poussées au moins ; sur l'absence complète de tout prodrome et de tout état fébrile actuel ; enfin sur l'existence de cicatrices vaccinales aux deux bras, cicatrices, à vrai dire, très peu apparentes, blanches, mais lisses, non gaufrées, quelque peu différentes des cicatrices dites légitimes.

Le chef du laboratoire, M. H. Martin, ancien chef de clinique de M. Parrot, hésitait plus que tout le monde à admettre la varicelle : à ses yeux, l'absence de toute vésicule vraie et l'apparence ombiliquée de plusieurs des vésico-pustules, qu'un moulage soigneusement pris ne permettait pas de contester, étaient à ses yeux de bons arguments en faveur de la varioloïde.

Telle ne fut pas, au contraire, l'opinion de M. le Dr Gaucher, médecin des hôpitaux, d'une compétence toute spéciale en dermatologie, qui accepta sans hésiter le diagnostic de varicelle, se montra très disposé à ne tenir qu'un faible compte de la pustulation et de l'ombilication et fut d'avis que dans une maladie éruptive, lorsqu'il y a discordance entre l'aspect objectif de l'exanthème et la marche générale de la maladie, en un mot entre les caractères anatomiques et les caractères cliniques, c'est à ceux-ci que doit revenir la prééminence. Il expliqua la tendance des vésicules varicelleuses à la pustulation chez cet enfant par l'existence d'un impétigo déjà ancien et assez généralisé, attestant une tendance de son organisme à faire du pus plus facilement. D'ailleurs, plusieurs des vésico-pustules rompues suppuraient et se recouvraient déjà de croûtes d'apparence melliforme, impétigineuse.

J'ajouterai que chez cet enfant on a pu voir un *enanthème* pharyngo-buccal, comme M. Comby en a signalé dans la varicelle (*Progrès médical*, 1885).

M. Grancher a effleuré en quelques mots dans cette clinique la question de la *non identité de la varicelle et de la varioloïde* qui paraît désormais tranchée. Nonobstant Hebra et Kaposi, qui croyaient ces maladies identiques, la plupart des pathologistes contemporains sont d'un avis contraire, et à défaut même d'autres arguments, un fait bien observé comme le suivant, qui n'est pas unique, trancherait la question.

Ceci s'est passé à Londres : un enfant, non vacciné, atteint de varicelle est mis par erreur dans un service de varioleux. Le lendemain le diagnostic est rectifié et on fait passer le malade dans une autre salle, mais on prend la précaution de le vacciner sur le champ. La vaccine prit, mais la variole également. Au huitième jour de l'éruption vaccinale, apparaissait une incontestable éruption de variole.

L'inoculabilité de la varicelle n'est pas douteuse. Steiner, à Vienne, a obtenu huit faits positifs sur dix inoculations. Il a constaté que la période d'incubation était en moyenne de huit jours. MM. d'Heilly et Thoinot, qui ont repris la question en 1885, sur dix inoculations n'ont obtenu que trois succès ; mais, comme ils opéraient dans des salles d'hôpital, au cours d'une épidémie de varicelle, on peut même se demander si ces trois faits positifs attribués par eux à l'inoculation ne sont pas uniquement dus à la contagion. Ce qui corroborerait cette objection, c'est que dans ces trois cas la période d'incubation a été très différente de celle qu'avait vue Steiner et a varié entre 3 jours, 15 et 17 jours.

Il reste à signaler comme particularité relative à l'histoire de la varicelle la possibilité de sa coexistence avec la scarlatine (Prior) et la rougeole (Henock), l'aspect hémorrhagique que prennent exceptionnellement les vésicules chez certains enfants, au cours d'une coqueluche, par exemple, chez une petite malade observée par M. Queyrat, et même le caractère gangreneux chez des sujets cachectiques (Warrington Haward, 1883).

Enfin si la varicelle est bénigne dans l'immense majorité des cas, elle peut finir fatalement dans quelques cas exceptionnels, il est bon de le savoir. On a vu quelquefois, surtout dans les salles d'hôpital, une broncho-pneumonie intercurrente enlever des enfants qui semblaient devoir guérir de leur varicelle.

Mais surtout il faut connaître l'existence d'une *néphrite* parenchymateuse aiguë, dont 9 cas au moins ont été publiés depuis 1884 par A. Hoffmann, Soudeikine, Hogyes et Henoch ; la néphrite varicelleuse s'est montrée du cinquième au 21° jour, débutant par hématurie, ischurie, albuminurie, cylindres épithéliaux dans les urines, produisant l'anasarque, et dans deux cas la mort par œdème pulmonaire ou par urémie.

P. Le Gendre,
Chef de clinique adjoint à l'hôpital des Enfants.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 janvier (*fin*).

Discussion sur la rage.

M. *Peter*, avant de faire en détail la critique de la méthode des vaccinations antirabiques, s'élève contre la notion soutenue par ses contradicteurs, d'après laquelle on ne doit considérer comme des cas de rage que ceux dans lesquels les inoculations du bulbe du sujet mort ont déterminé la rage sur des lapins. Il en est des animaux comme des hommes ; il y en a qui sont naturellement réfractaires à la rage, et sur lesquels l'inoculation d'un bulbe rabique ne pourra rien produire. D'ailleurs, les bulbes humains ne peuvent être expérimentés que vingt-quatre heures, quelquefois plus, après la mort, et, dans ces conditions, une expérience négative peut dépendre d'autres circonstances que de l'absence de rage. C'est, d'ailleurs, un fait admis par tout le monde, qu'une expérience négative ne prouve jamais rien. De ce que l'on n'a pas trouvé de bacilles dans des crachats, on n'est pas en droit de conclure que le malade n'est pas tuberculeux.

Le petit malade de M. Brouardel avait, dit-il, les urines albumineuses, et M. Brouardel en conclut qu'il est mort d'urémie. Mais les urines sont albumineuses dans la rage, ainsi que M. Robin l'a constaté en 1878, et d'ailleurs l'urine des cadavres contient toujours de l'albumine.

Dans le cas de Réveillac, les incertitudes du diagnostic tenaient justement à la forme spéciale qu'avait revêtue la rage de cet homme, rage qui était surtout paralytique, c'est-à-dire présentant la forme de la rage expérimentale et non celle de la rage des rues qui est presque toujours convulsive, ainsi que l'a déclaré M. Chauveau.

Voici les trois cas nouveaux que M. Peter considère comme des preuves du danger de la méthode de Pasteur.

« Le premier cas s'est passé à Dunkerque.

Il s'agit d'un homme de quarante-sept ans, mordu le 18 août par un chien enragé, et non cautérisé, ainsi que cela se pratique malheureusement que trop souvent depuis que les vaccinations antirabiques ont créé une sécurité trompeuse au sujet de la morsure de chiens enragés. Cet homme, auquel le chien avait fait 37 plaies à la jambe, va le 21 au Laboratoire de M. Pasteur, et y subit les inoculations intensives. Le 29 décembre (132 jours après la morsure), malaise dans la journée ; il ne put ni manger ni boire à son dîner. Dans la nuit, vers deux heures, violent accès de suffocation. Le 30, hydrophobie et des accès convulsifs. Le 31 le malade meurt. A aucun moment le malade n'a présenté de paraplégie. Ce n'est pas un cas de rage paralytique, mais bien le type absolument classique de la rage. L'autopsie faite le 2 janvier à deux heures de l'après-midi, n'a fait découvrir, comme toujours en pareil cas, aucune lésion caractéristique, mais seulement les signes de l'asphyxie.

J'ajoute que ce cas avait été dissimulé par le soin des autorités, et que l'Académie n'en aurait rien su si je n'en avais eu connaissance.(Ici se place l'interruption de M. Vulpian, à laquelle nous avons fait allusion dans le précédent numéro.

M. *Peter* continue : Je n'accuse personne, je me borne à dire que c'est le hasard qui m'a fait connaître le cas, sans quoi, ni vous ni moi n'en aurions rien su.

Voici le second cas, qui s'est produit à Constantine :

Un homme de quarante-six ans est mordu trois fois par un chien, le 12 octobre dernier, à la partie externe et postérieure de la jambe. Le 20, il subit les inoculations vaccinales intensives. Le 20 novembre au matin, apparaissent des douleurs sur la jambe mordue, et le 23 les régions inoculées sont le siège de douleurs aiguës à pointe dirigée vers le cœur. Le malade ne dort pas la nuit. Le 23 novembre, à la visite, les douleurs dans la jambe mordue sont lancinantes et s'irradient jusque vers la partie supérieure de la cuisse. Il y a oppression, courbature générale, inappétence. Les yeux sont hagards, et la parole est un peu difficile. Sentiment léger de répulsion pour les liquides. Vers quatre heures du soir, respiration gênée au point de produire un afflux de mucosités difficiles à expectorer dans les bronches. Quelques crachats verdâtres rejetés. Sentiment de répulsion pour les liquides très prononcée. Urines albumineuses. L'oppression continue jusqu'à six heures du matin (24 novembre), heure à laquelle le malade succombe.

La connaissance est conservée jusqu'au dernier moment, mais l'intelligence est diminuée. A l'autopsie une congestion intense du cerveau et du cervelet, et du ramollissement. La substance blanche a un aspect muscade à la coupe ; il y a épanchement séreux dans les ventricules. Les poumons sont fortement congestionnés.

On remarquera dans cette observation, au point de vue des douleurs prodromiques de la rage, l'apparition de celles-ci d'abord au point mordu, ensuite aux points inoculés, c'est-à-dire qu'on voit deux virus se réveillant et collaborant, le virus canin et le virus expérimental.

On verra ensuite, au point de vue des symptômes : 1° la courbature et la prostration du virus expérimental se manifester d'abord ; 2° l'hydrophobie du virus canin se montrer ensuite, mais légère et tardive.

On verra enfin qu'il y a eu, dans ce cas, de l'albuminurie, comme dans le fait du petit enragé observé par M. Brouardel.

En conséquence, il s'agit bien ici d'un cas de rage, mais de rage modifiée, de rage mixte, de rage canino-expérimentale, démontrant à la fois l'impuissance de la méthode et la collaboration des deux virus.

Enfin, voici un fait de rage nouvelle, plus expérimental que canin. C'est celui de l'enragé d'Arras, chez le chien duquel le vétérinaire a nié l'existence de la rage.

M. *Vulpian*. — L'enquête faite a montré que le chien était réellement enragé.

M. *Peter*. — Il s'agit d'un homme de 42 ans, mordu le 12 novembre à la jambe droite, et qui subit le traitement intensif le 17 novembre. Le 10 décembre, il éprouva de *vives douleurs au niveau des piqûres d'inoculation*, douleurs *qui s'étendaient dans la région lombaire* pour remonter *le long du rachis*, et qui *persistèrent* jusque vers les derniers jours. Le malade se plaignait aussi d'une grande fatigue, il était triste et se trouvait dans un état nerveux qui lui fit dire qu'il ressentait *la même chose* qu'après les inoculations, et qu'il ne résisterait pas à ce mal. Je vous ferai remarquer que dans le cours de sa maladie, ce malade n'a jamais accusé *aucune douleur au niveau de la morsure* du chien, ni dans *le membre correspondant*. Un médecin appelé le 13 crut d'abord avoir affaire à un *lombago* et quelques jours après à une *myélite*. Les phénomènes signalés plus haut furent bientôt accompagnés et suivis d'une grande gêne dans la respiration, d'une sensation de poids au niveau de la partie antérieure de la poitrine, et de *sputations* ; la parole devint brève, saccadée, interrompue par des mouvements respiratoires involontaires et entrecoupés ; des *convulsions* se manifestèrent dans les muscles de la *face*, dans ceux du *thorax* et des *membres supérieurs*. Il n'y eut pas de *convulsions générales*, ni d'*hydrophobie*. Bientôt les phénomènes *paralytiques* se manifestèrent et le malade mourut, le 17 décembre, vers onze heures du soir.

En présence de ces phénomènes et bien que le symptôme *hydrophobie* ait fait défaut, je pense que l'on doit conclure que cet homme a succombé à la rage. Et, vu l'absence complète de douleurs au niveau de la morsure, et le long des trajets nerveux du membre correspondant ; vu les douleurs au niveau des points d'inoculation, et le long des nerfs se rendant de ces points à la moelle épinière, douleurs que le malade a accusées si vivement, et dont il s'est toujours plaint à partir du début de la maladie jusque vers ces derniers jours, je pense encore qu'il est permis de conclure qu'il est extrêmement probable que cet infortuné *a commencé par mourir de la rage du lapin.*

A ces divers faits, on peut en ajouter deux semblables que le docteur Clarke a publiés dans le *Daily Telegraph*.

(M. Peter demande à terminer sa communication dans la prochaine séance.)

M. *Brouardel*. — M. Peter nous dit qu'il y a de l'albumine dans l'urine des enragés ; cela est vrai, mais elle s'y trouve en petite quantité. Or, chez mon jeune malade, l'urine était extrêmement chargée d'albumine. Quant à l'albumine que l'on trouve dans l'urine des cadavres, elle est due à la putréfaction et se montre très tardivement.

En ce qui concerne les cas de M. Clarke, l'enquête à leur égard n'est pas terminée ; dès qu'elle le sera, M. Peter pourra en prendre connaissance.

(Séance du 18 janvier 1887).

Le secrétaire perpétuel a reçu une dépêche du colonel du régiment auquel appartenaient les dix soldats russes qui, d'après une lettre du docteur prince Zagil, auraient été inoculés par M. Pasteur à la suite de la morsure d'un chien non enragé. Ce chien était parfaitement enragé.

Je crois pouvoir ajouter, dit M. Béclard, que le docteur prince Zagil est possesseur d'un spécifique contre la rage et que ce remède a été présenté à l'Académie qui ne l'a pas accepté.

M. Béclard lit alors la lettre suivante de M. Grancher :

« Dans les dernières séances de l'Académie, M. Peter, en parlant des observations de Jansen, Sodini et Née, a dit que ces faits avaient été découverts par hasard, et que, sans lui, ni l'Académie ni personne n'en auraient jamais rien su. J'ai regret de le dire, mais ceci est contraire à la vérité. Nous avions ces dossiers, et Jansen, Sodini et Née figurent sur nos tables de mortalité.

On reproche à M. Pasteur de cacher ses insuccès ; cependant, depuis le 1er mars 1886, nous avons publié de trois en trois mois quatre statistiques (1er mars ; 22 juin ; 10 octobre ; 2 novembre). Ce délai de trois mois après les inoculations est nécessaire pour dresser des tables de mortalité sérieuses. Mais notre réserve scientifique a été tournée contre nous ; nos adversaires se sont emparés de nos échecs, les ont multipliés, en ont inventé au besoin (car après les inoculations on n'aurait plus le droit de mourir de mort naturelle), et l'opinion publique risque de s'égarer.

Désormais nous publierons tous les mois, dans les Annales de l'Institut Pasteur, que M. Duclaux, professeur à la Faculté des sciences, va faire paraître, une statistique détaillée. Le numéro de janvier donnera les résultats de notre statistique générale ; le numéro de février donnera la statistique de janvier, etc.

Nous avons l'honneur de déposer sur le bureau de l'Académie une statistique générale et détaillée, divisée en trois tableaux et contenant tous les faits depuis que le service de la vaccination a commencé.

Les tableaux A et B comprennent toutes les personnes mordues par des animaux reconnus enragés par prouve expérimentale ou observation vétérinaire.

Le tableau C contient toutes celles mordues par des animaux suspects.

On verra combien ce second reproche adressé au Laboratoire est peu fondé, puisque, dans ce tableau de plus en plus réduit, nous comptons des morts qui ont succombé à la rage malgré ce traitement.

M. Vulpian donnera le bilan de ces tableaux statistiques, qui sont la preuve éclatante de la très grande efficacité de la méthode de M. Pasteur, et il apportera l'interprétation scientifique des cas de rage à type cérébro-médullaire ou bulbo-médullaire qui se sont rencontrés. Voici les noms de nos morts pour la France et l'Algérie :

Lagut, Peytel, Cleydière, Moulis-Astier, Videau, Leduc, Bouvier, Clerjot, Magneron, Jansen, Née, Sodini, Grand, Letang et Gérard. Total : 16. En comptant Pelletier et Moermann, venus tardivement au laboratoire, total 18. Nombre des personnes vaccinées : 1,929. Morts 18. *Mortalité* 0,93 0/0.

Nous déclarons n'avoir aucun autre document à communiquer à l'Académie et nous faisons appel à

la bonne confraternité des médecins de Paris, de la province et de l'étranger, en les priant de nous communiquer aussitôt que possible les observations des malades qui ont traversé le Laboratoire, afin que nos adversaires ne puissent apporter à la tribune académique, et sans nous prévenir, d'autres dossiers Réveillac. »

M. Peter continue le discours commencé dans la dernière séance. Il s'est rendu au laboratoire de la rue d'Ulm où il a reçu un accueil très cordial de MM. Grancher et Roux. Il apporte aujourd'hui deux faits nouveaux.

Le 1er décembre, Gérard est mordu et inoculé vingt-quatre heures après, suivant la méthode intensive ; il meurt trente-trois jours après l'inoculation.

Le second cas nous vient de la Haute-Saône. Le 3 novembre, un père et son fils sont mordus, le père grièvement, le fils légèrement. Ils sont inoculés suivant la méthode intensive. Le 2 décembre, le père éprouve des douleurs au niveau des inoculations, puis il meurt de la rage avec paraplégie et anesthésie. Le fils se porte bien. Le médecin de cet enragé a porté le diagnostic de myélite aiguë.

M. Peter aborde alors la critique générale de la méthode des inoculations antirabiques. Il refait le raisonnement qu'il a déjà tenu précédemment relativement à la nature paralytique des accidents observés chez plusieurs des individus qui ont succombé après les inoculations par la méthode intensive. La rage de l'homme observée jusqu'ici après morsure de chien étant toujours convulsive, les faits récemment observés où domine la forme paralytique doivent être attribués logiquement à la rage du lapin qui est une rage paralytique.

Revenant sur le cas de l'enfant examiné par M. Brouardel et qu'on dit être mort d'urémie, M. Peter ne trouve dans les symptômes qu'a présenté cet enfant aucune des formes connues de l'urémie. Il avait bien de la dyspnée, mais c'était une dyspnée paralytique, accompagnée de difficulté à avaler et d'écoulement de salive, c'est-à-dire se rapportant à une altération des nerfs bulbaires.

M. Peter rappelle que M. von Frisch ayant répété les expériences de M. Pasteur est arrivé à des conclusions différentes sur plusieurs points. Il refait ensuite l'historique de la partie physiologique de l'œuvre de M. Pasteur et déclare que l'atténuation du virus rabique chez le chien par une sorte de mithridatisation est une découverte admirable. Mais il cesse d'admirer quand il s'agit de l'application de cette méthode à l'homme.

Il ne trouve pas démonstratives les statistiques de la rue d'Ulm. « Pendant cette année il est mort 30 enragés, 14 inoculés et 16 non inoculés. Or on lit dans l'article « Rage » de M. Brouardel fait avant la découverte de M. Pasteur que, dans l'espace de 27 ans, il est mort en moyenne 30 enragés par an. Avec la médication primitive, les faits de rage n'ont donc pas diminué.

En revanche, avec la médication intensive, les morts se multiplient et ces morts insolites, M. Peter les attribue à un mélange de la rage du chien et de la rage de lapin.

M. Peter termine en disant qu'il faut être mû, comme il l'est, par une conviction profonde pour venir discuter ici une médication soutenue par les plus éminents représentants de la médecine française, au risque de perdre sa popularité et les sympathies de l'Académie auxquelles il tient plus encore.

Il reproche enfin à M. Vulpian d'avoir témérairement poussé M. Pasteur dans la voie où il est entré et d'avoir prononcé lors de la première communication de M. Pasteur les paroles enthousiastes et sans réserve qu'on se rappelle.

M. Vulpian répond qu'il est fier d'avoir prononcé ces paroles et est prêt à les répéter. Il reproche à M. Peter d'avoir choisi pour attaquer M. Pasteur le moment où celui-ci est absent pour raisons de santé. M. Peter a accusé d'une façon à peine déguisée M. Pasteur et ses collaborateurs d'homicides involontaires. Or sur quels arguments base-t-il les deux propositions qu'il émet ? Le danger de la méthode intensive et l'inefficacité de la méthode en général.

« Pour établir que la méthode préservatrice de la rage après morsure est dangereuse, si dangereuse qu'elle peut par elle-même déterminer la rage chez des individus qui ne seraient peut-être pas morts des morsures qu'ils ont reçues d'un animal enragé, notre confrère invoque des faits.

C'est d'abord ce qui s'est passé pour le nommé Réveillac. Pour M. Peter, non seulement c'est là un cas de mort par rage, mais encore c'est un cas de mort par *rage du laboratoire*, et cela, parce que la plupart des symptômes rabiques ordinaires ont fait défaut, parce qu'il y a eu des douleurs au niveau des piqûres d'inoculation, parce qu'il y a eu unité pendant les dernières heures de la vie, et, enfin, parce que la forme de la maladie qui a causé la mort a été paralytique et non convulsive.

Un autre fait est celui de Jansen (de Dunkerque). Celui-ci, d'après M. Peter lui-même, ne signifie rien pour la thèse qu'il soutient (je parle des dangers des inoculations préventives), puisque c'est tout simplement un cas d'insuccès de ces inoculations.

Puis vient le cas de Sodini, dont l'observation a été recueillie par M. Auguste Nicolas, interne de M. le docteur Leroy, à l'hôpital de Constantine. Chez Sodini, les inoculations préventives, bien que pratiquées par la méthode intensive, ont été inefficaces ; elles ont été commencées neuf jours après les morsures faites par un chien enragé. Les symptômes ont été un peu plus différents de ce qu'ils sont d'habitude. Des douleurs aiguës au niveau des points d'inoculations se sont fait sentir en même temps qu'existaient des douleurs au niveau des tendons postérieurs de la cuisse ; il n'y a pas eu de délire ; mais on a constaté de l'oppression, l'aspect hagard des yeux, la difficulté de la parole, un sentiment léger de répulsion pour les liquides, une abondante production de mucosités difficiles à expectorer.

M. Peter n'hésite pas à dire que ce fait est un cas de rage mixte, *canino-expérimentale*, et il se fonde, pour émettre cette interprétation fantaisiste, sur l'apparition des douleurs au niveau des piqûres d'inoculations et sur un symptôme que je n'ai pas noté dans l'énumération précédente : sur l'existence d'une *courbature générale*. Il dit en propres termes : On verra, au point de vue des symptômes : 1° la courbature et la prostration du virus du lapin se manifester d'abord ; 2° l'hydrophobie du virus canin se montrer ensuite, mais légère et tardive. Où M. Peter a-t il observé la courbature chez les lapins inoculés ? Par quel prodige d'imagination arrive-t-il à voir dans les courbatures générales, éprouvées par Sodini, la preuve d'une intoxication par le virus de lapin ?

Vient enfin le fait de Née (d'Arras). M. Peter a paru vouloir insinuer qu'il avait peut-être été mordu par un chien non enragé. S'il avait voulu être

éclairé avant de prendre la parole — mais l'aurait-il prise s'il avait été renseigné? — il aurait appris que le chien qui avait mordu Née était enragé. Le traitement préservatif et intensif a été commencé chez Née, cinq jours après les morsures. Ici encore les phénomènes ont été différents de ceux que l'on observe le plus souvent dans la rage. Ils ont offert une certaine analogie avec ceux d'une myélite. Il n'y a eu ni convulsions générales ni hydrophobie. Les piqûres d'inoculation étaient devenues le point de départ de douleurs vives dès le début de la maladie, douleurs qui persistèrent jusqu'à la fin. A un certain moment de l'évolution de cette maladie, des phénomènes paralytiques se manifestèrent, la vue se trouble et se perd ensuite complètement.

Ce fait est au premier abord d'une interprétation difficile, lorsqu'on l'examine sans prétention ; mais le médecin qui a adressé la relation à M. Peter n'est pas embarrassé et il dit : « Je pense encore qu'il est permis de conclure, sans s'écarter de la réserve qu'impose une question aussi délicate et aussi grave, qu'il est extrêmement probable que cet infortuné, peut-être destiné, ou non, à la rage canine, *à commencé par mourir de la rage du lapin.* » Comment ce confrère peut-il plaisanter à propos d'une question aussi délicate et aussi grave ?

Parlerai-je des faits observés en Angleterre et auxquels M. Peter a fait allusion. Dans l'un de ces cas, celui de Wilde (Arthur), le certificat envoyé au laboratoire de M. Pasteur indique formellement que ce jeune homme est mort d'une affection pulmonaire. Il n'y a donc pas à tenir compte de ce fait. Pour l'autre cas, celui de Schmidt, dit Goffi, il est très complexe. Lorsque M. Horsley publiera son rapport, on pourra discuter la signification de ce fait; jusque-là, il convient, je crois, de ne pas l'admettre dans la discussion.

De nouveaux faits ont été cités aujourd'hui par M. Peter. Dans l'un, celui de Létang, de Gougeon (Haute-Saône), il s'agit d'un homme mordu, le 3 novembre 1886, au pied droit, par un chien enragé ; deux autres personnes sont mordues par le même chien. Létang et les deux autres personnes viennent à Paris et subissent le traitement préventif du 9 au 19 novembre. Le 3 décembre, douleurs diffuses dans les membres, la tête et les reins, ainsi qu'au niveau des piqûres d'inoculations. Le 5, paraplégie avec anesthésie douloureuse. La mort a lieu ce même jour, sans troubles de l'intelligence, par gêne respiratoire. Il n'y a pas eu d'hydrophobie ni de dysphagie. Les deux autres personnes survivent.

Un autre fait est celui de Gérard, de Boran (Oise), qui, mordu en six points de la main le 1er décembre, vient à Paris le 3, est soumis au traitement préventif intensif du 3 au 13 (on n'est pas allé jusqu'à la moelle la plus virulente). Il est pris, le 31 décembre, de vives douleurs dans les membres ; sa figure est altérée ; la nuit suivante, violents maux de tête et délire. Le 1er janvier, il remue difficilement les quatre membres.

Il meurt le 3 janvier. C'est là une forme cérébro-médullaire de la rage.

Au total, pour démontrer que les inoculations préventives pratiquées par la méthode de M. Pasteur sont périlleuses, qu'elles peuvent déterminer la mort, M. Peter a cité un petit nombre de faits. Pour lui, ce sont des faits ou de rage du laboratoire (rage de lapin) ou de rage mixte qu'il appelle la rage canino-expérimentale produite, en collaboration, pour employer ses expressions, par le virus de chien et par ce qu'il nomme le virus pastorien.

Les arguments qu'il invoque, c'est que la physionomie de la rage classique était méconnaissable dans ces cas, ou tout au moins était très modifiée ; on n'a pas observé le délire, la pantophobie, les convulsions générales ; l'hydrophobie ne s'est pas manifestée dans deux cas : dans un cas, elle ne s'est montrée que tardivement et à un faible degré.

D'autre part, il y a eu, chez les trois malades en question, des douleurs au niveau des piqûres, et enfin, chez deux d'entre eux, des phénomènes paralytiques sont intervenus, comme chez les lapins et aussi comme chez un certain nombre de chiens inoculés.

Je laisse de côté les douleurs au niveau des piqûres ; c'est là un argument de peu de valeur. La rage éclate assez souvent chez des individus mordus sans qu'il y ait aucune douleur au niveau des morsures qu'ils ont subies, et, d'autre part, nous ne savons pas si, dans certains cas, des blessures banales ne deviennent pas douloureuses dans ces conditions, au moment où les symptômes de la rage vont débuter. J'ajoute que des sensations diverses, démangeaisons, piqûres, ne sont pas rares au niveau des inoculations pendant un nombre de jours plus ou moins grand, après que ces inoculations ont été faites.

J'attacherais plus d'importance, avec notre collègue, aux phénomènes paralytiques, si nous connaissions mieux la rage et si nous savions, de science certaine, que la rage, chez l'homme, ne produit jamais de paralysie ; mais nous n'avons que des notions très imparfaites sur la rage de l'homme.

D'ailleurs, il existe dès à présent, des faits de forme paralytique de la rage chez l'homme. (M. Vulpian cite un certain nombre d'observations de rage paralytique chez l'homme.)

Voilà un certain nombre de faits qui démontrent que la rage peut se manifester chez l'homme sous forme d'accidents paralytiques médullaires ou bulbo-médullaires ou même cérébro-bulbo-médullaires. Tantôt ces accidents constituent les symptômes principaux de la maladie qui se termine par la mort, sans que le malade ait présenté de l'hydrophobie, du délire, des convulsions spasmodiques ; tantôt, à un moment ou à un autre de l'évolution de l'affection rabique à forme paralytique, on voit se manifester les symptômes que nous considérons comme le plus caractéristiques de la rage. Que la forme paralytique soit assez rare chez l'homme, cela me paraît certain ; mais dans quelle proportion est-elle rare, je l'ignore absolument.

La rage humaine est une des affections que nous connaissons le moins. Les travaux de M. Pasteur nous ont déjà révélé bien des particularités nouvelles et importantes de l'histoire de cette maladie. La clinique guidée par ces travaux, complétera sans doute en peu de temps l'étude de la rage chez l'homme. Je ne désespère pas de voir dans quelques années, si je suis encore vivant, notre collègue M. Peter admettre dans ses cliniques, comme une des formes de la maladie avec lesquelles il faut compter, la forme paralytique de la rage humaine..........

Occupons-nous maintenant de l'efficacité de la méthode Pasteur.

M. Peter nous dit que pour la France, parmi les mordus traités par M. Pasteur pendant l'année qui vient de s'écouler, il en est mort 14 après les inoculations soi-disant préservatrices ; que 16 sont morts sans avoir été traités, ce qui fait un total de 30, et que le chiffre moyen pour les années précédentes étant précisément de 30, il n'y a eu aucun effet

constaté du traitement par la méthode de M. Pasteur.

M. Peter sait aussi bien que nous que son raisonnement est absolument défectueux et on peut regretter qu'il ait eu le courage de le publier. Si vous le voulez bien, nous prendrons la statistique de M. Pasteur comprenant tous les cas qu'il a eus à traiter depuis la fin d'octobre 1885 à la fin d'octobre 1886. Ces cas sont au nombre de 1,726 pour la France et l'Algérie. Sur ce nombre il y a eu 12 morts, en y comprenant la petite Pelletier et Moermann qui n'ont été traités que quelques semaines après les morsures. Il y a eu moins d'un mort pour 100 traités. D'autre part, il y a eu 16 morts parmi les mordus non traités. Or, sur quel total des mordus ont eu lieu ces 16 morts ? Il faut se rappeler que l'immense majorité des individus mordus en France par des chiens suspects ou reconnus enragés, sont venus se faire traiter au laboratoire de la rue d'Ulm. Bien qu'il soit impossible de chiffrer le nombre des personnes mordues qui ne sont pas venues réclamer le secours du traitement de M. Pasteur, on est en droit, par les considérations suivantes, de l'évaluer tout au plus à une centaine. En effet, les statistiques qui donnent la proportion la plus faible de la mortalité chez les mordus, la fixent justement à 16 0/0.

Il est donc permis de dire que, parmi les personnes traitées, il n'en est mort que moins de une pour cent, il est mort 16 0/0 des personnes qui n'ont pas été traitées par la méthode Pasteur. Et si nous nous servons de cette statistique qui considère le nombre de 16 0/0 comme le chiffre de la mortalité moyenne chez les personnes mordues ; si nous l'appliquons aux cas traités par M. Pasteur, nous voyons que le nombre des personnes qui, parmi les 1.726 traitées auraient succombé à la rage, si elles n'avaient pas été soumises aux inoculations préventives, aurait été de 276. En défalquant les 12 personnes qui sont mortes malgré le traitement, il reste 264 individus qui ont été sauvés par le traitement.

Nous voici bien loin du nombre de 30 que M. Peter nous donne comme le chiffre de la mortalité annuelle de la rage en France. Mais ce nombre, M. Peter sait bien qu'il est erroné. M. Brouardel, à qui il l'emprunte, a bien soin de dire qu'il n'est pas exact.

Remplacez le nombre 30, rappelé par M. Peter sans le commentaire qu'il aurait dû faire, par le nombre de 250 à 270 qui résulte, comme vous l'avez vu, d'un calcul bien simple fondé sur le chiffre de la mortalité moyenne dans les cas de morsures, et vous aurez le chiffre de la mortalité moyenne de la rage humaine en France avant le traitement de M. Pasteur. De 250 à 270, ce nombre, par suite des bienfaits de ce traitement, est tombé à 30 environ. Voilà la vérité ! Au lieu de l'échec lamentable dont parle M. Peter, c'est un triomphe éclatant que proclament ces chiffres.

Je suis forcé de vous rappeler le fait des 19 Russes traités d'abord par la méthode primitive, 3 d'entre eux moururent. C'est alors que M. Pasteur eut l'idée de soumettre ceux qui survivaient à des nouvelles inoculations plus rapprochées les unes des autres et allant jusqu'aux moelles les plus virulentes ; les seize Russes ainsi traités ont survécu. Or, on sait que la mortalité après les morsures de loup est énorme ; elle a lieu dans la proportion de 80 0/0 au moins.

Je vous rappellerai aussi le fait de morsures de la face. M. Pasteur avait déjà constaté que, tandis qu'il avait observé 6 cas de mort après les morsures de cette sorte, lorsqu'il employait la méthode primitive, il n'avait pas eu un seul insuccès dans les autres cas traités par la méthode intensive.

M. Grancher a donné le tableau bien instructif de 36 cas de morsures de la face faites par des animaux reconnus enragés, cas dans lesquels la méthode intensive a été employée sans un seul insuccès jusqu'au moment actuel. Or, la statistique montre que dans les cas de cette sorte il y a une mortalité de 18 0/0.

Les documents publiés par M. Pasteur, ceux que M. Grancher nous a fait connaître en son nom et ceux que je viens de présenter, conduisent tous à des conclusions qui, suivant moi, s'imposent à tous les esprits libres de toute prévention.

L'une de ces conclusions, c'est que le traitement préventif de la rage après morsure, par la méthode Pasteur, ne présente aucun danger, même lorsqu'il est employé dans sa forme intensive.

L'accusation de M. Peter ne repose sur aucune base solide, ses arguments me paraissent sans valeur sérieuse. Il faut que les personnes qui viennent réclamer le secours de cette méthode de traitement préventif le sachent bien, elles ne courent aucun risque : ce traitement ne produit pas d'accidents.

L'autre conclusion, c'est que le traitement préventif de la rage après morsure, par la méthode Pasteur, préserve de la rage presque toutes les personnes qui s'y soumettent. Les statistiques ne laissent aucun doute à cet égard. Assurément, la cautérisation est un moyen préventif excellent.

M. Pasteur n'a jamais contesté les bons effets de ce moyen préservatif. Mais on sait qu'il n'est sûrement efficace qu'à la condition que la cautérisation soit bien faite, et qu'elle soit pratiquée peu d'instants après la morsure. Or, bien minime est le nombre de cas dans lesquels cette double condition est réalisée. La plupart des cautérisés ne sont pas mis à l'abri des atteintes de la rage.

Le traitement de M. Pasteur empêche presque toujours le développement de la rage, même lorsque les inoculations préventives sont pratiquées quelques jours après les morsures. C'est, en somme, à l'heure actuelle, le vrai traitement préservatif de la rage après morsure ; c'est le seul qui puisse inspirer une grande confiance ; c'est celui auquel je me soumettrais sans un moment d'hésitation, si j'avais le malheur d'être mordu par un animal enragé.

M. Vulpian termine son discours par une glorification de M. Pasteur, et par une adjuration à M. Peter qui se donne le tort de faire à M. Pasteur une guerre injustifiable, préméditée de longue date et il semble se proposer pour but de chercher à ternir cette grande gloire nationale.

Aussi je ne crains pas de lui dire : Comme médecin, comme académicien, comme philanthrope, comme patriote, il a entrepris et il poursuit une campagne déplorable.

M. Peter. — Je n'ai pas profité de l'absence de M. Pasteur pour faire ma communication. J'avais demandé à la faire, il y a deux mois de cela. Or, ce jour-là précisément, M. Pasteur partait pour le Midi. J'ai renoncé alors à la parole pour ce jour, et si depuis, je l'ai redemandée, c'est parce que j'ai considéré qu'il était de mon devoir, en présence de la multiplication du nombre des décès, de ne pas attendre plus longtemps.

M. Brouardel. — Il y a deux ans, si un médecin connu par son honorabilité, par le talent et la précision avec lesquels il avait mené à bien les opéra-

tions les plus délicates, était venu pièces en mains dire à l'Académie : Sur cent personnes mordues par des animaux enragés, grâce à une nouvelle méthode thérapeutique, je ne perds qu'un seul individu, l'Académie lui aurait-elle refusé les marques de son admiration ?

La preuve, on vous l'apporte aujourd'hui et à quel spectacle assistons-nous ? Notre collègue est obligé de se défendre, on le traite comme un accusé.

Quels sont les arguments d'ordre scientifique sur lesquels s'appuie M. Peter ? D'abord sur la statistique. M. Peter dit : La mortalité moyenne par la rage, en France, est de 30 par an ; or, précisément il y a eu depuis un an, en France, 30 cas de mort par la rage, dont 14 après inoculation et 16 chez des individus non ionoculés.

Cet argument ne vaut pas, parce que, comme je l'ai dit dans mon article lors de l'enquête générale sur la rage, il y a un tiers des départements qui n'a pas répondu. Même si toutes les enquêtes départementales avaient été régulièrement transmises, il est probable que le chiffre des cas de rage connus resterait très au-dessous de la réalité. Il en résulte que cette proportion de 30 cas de mort par an est évidemment beaucoup trop faible, mais nous ignorons de quelle quantité.

M. Peter n'est donc pas fondé à dire que, si cette année il y a eu 30 morts par la rage, alors que, grâce au retentissement de la méthode proposée par M. Pasteur, chaque cas a été exceptionnellement noté et signalé, la mortalité est restée la même.

Peut-on actuellement fixer de quelle proportion s'est abaissée la mortalité des personnes mordues par des animaux enragés ? Une proportion exacte est actuellement impossible à établir ; mais ce qui ressort de nos enquêtes, c'est que l'on peut abaisser autant que l'on voudra le taux de la mortalité à la suite de morsures rabiques, on arrivera à 10 0/0, à moins encore, mais on n'arrivera pas à celui de 1 0/0 chiffre fourni par le traitement de M. Pasteur.

J'arrive au dernier argument de M. Peter, à la légende de la rage lapino-canine. En résumé, dit M. Peter, Réveillac n'est pas mort de la rage du chien, mais d'une affection qui rappelle la rage expérimentale. Si les médecins qui l'ont vu vivant n'ont pas pu faire un diagnostic exact, parce qu'ils se trouvaient en présence non pas d'une *maladie naturelle*, mais d'une *maladie artificielle*, « ils se trouvaient en présence de la *rage du laboratoire* ».

Messieurs, malgré cette affirmation très hardie, je crois que s'il nous est difficile de guérir ou modifier les maladies virulentes, il nous a été jusqu'à ce jour impossible d'en créer une.

Mais que vaut cette légende ? La rage paralytique de l'homme est-elle méconnue ? Pas le moins du monde. M. Vulpian vient de vous le démontrer, et moi-même j'en ai trouvé un exemple très remarquable qui a été publié en 1684 par le docteur Roger Howmann, et qui est cité dans Van Swieten.

M. Brouardel cite en outre plusieurs passages de la thèse de M. Roux, écrits avant que M. Pasteur n'eût découvert sa méthode et dans lesquels se trouve décrite la forme médullaire ou paralytique de la rage.

Le *Président* déclare que la discussion sur la rage est close.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Ledrain, à Loué, présenté par le Dr Bourdy, du Mans.

M. Fonteneau, médecin à Saint-Cyr-en-Bourg, présenté par le Dr De Lavouer, de Saumur.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Nous empruntons aux annexes du projet de loi du gouvernement sur l'exercice de la médecine, les deux tableaux suivants, qu'il est intéressant de consulter.

Tableau des inscriptions pour les grades médicaux en France de 1866 à 1884.

Années.	INSCRIPTIONS pour le doctorat.			INSCRIPTIONS pour l'officiat.			Total général.
	Facultés.	Ecoles.	Total.	Facultés.	Ecoles.	Total.	
1866.....	6.767	2.071	8.838	356	1.206	1.562	10.400
1867.....	7.283	2.071	9.354	347	1.923	2.270	11.624
1868.....	7.686	2.199	9.885	408	1.330	1.738	11.623
1869.....	8.465	2.447	10.912	418	1.305	1 723	12.635
1870.....	6.642	2.490	9.132	404	1.160	1.564	10.696
1871.....	8.660	4.092	12.752	575	1.563	2.138	14.890
1872.....	7.599	4.083	11.682	537	1.970	2.507	14.189
1873.....	8.357	4.036	12.393	592	1.889	2.481	14.874
1874.....	9.044	3.821	12.865	555	1.822	2.377	15.242
1875.....	9.465	3.495	12.960	701	1.673	2.374	15.334
1876.....	8.660	3.288	11.948	764	1.827	2.591	13.539
1877.....	7.967	3.059	11.026	975	1.486	2.461	13.487
1878.....	8.249	2.359	10.608	921	1.645	2.566	13.174
1879.....	8.408	1.745	10.253	1.210	1.334	2.544	12.797
1880.....	7.123	1.548	8.671	1.074	1.257	2.133	11.002
1881.....	6.949	1.408	8.357	1.152	1.404	2.556	10.913
1882.....	7.296	1.326	8.622	1.109	1.322	2.431	11.053
1883.....	6.275	1.028	7.303	1,171	1.276	2.447	9.750
1884.....	7.766	1.153	8.919	850	1.127	1.977	10.896

Tableau des diplômes médicaux conférés en France, de 1866 à 1884.

Années.	Docteurs.	Officiers de santé.			Total général.
		Facultés.	Écoles.	Total.	
1866 (3 Facultés).	514	17	77	94	608
1867..........	444	6	70	76	520
1868..........	494	12	82	94	588
1869..........	508	11	69	80	588
1870..........	411	14	43	57	468
1871..........	308	4	71	75	383
1872..........	603	14	82	96	699
1873..........	583	22	90	112	695
1874..........	585	23	75	98	683
1875..........	590	21	94	115	705
1876..........	604	17	102	119	723
1877 (6 Facultés).	551	30	98	128	679
1878..........	600	33	72	105	705
1879..........	692	27	60	87	779
1880..........	622	22	74	96	718
1881..........	651	26	65	91	742
1882..........	577	12	81	93	670
1883..........	662	44	57	101	763
1884..........	601	42	73	115	716

C'est en comparant le nombre des médecins pratiquant au nombre des diplômes conférés et des inscriptions prises que les inspirateurs du projet

gouvernemental ont écrit la note suivante (p. 16 du projet de loi).

« Les praticiens diminuent en totalité depuis un certain nombre d'années. Cependant, le nombre des inscriptions pour le doctorat et pour l'officiat n'a pas faibli dans une proportion aussi considérable, et le nombre des diplômes conférés par les facultés et écoles de médecine s'est plutôt élevé qu'abaissé depuis 1866, année à partir de laquelle les renseignements officiels offrent des garanties suffisantes de contrôle.

De cette contradiction apparente, on peut conclure que *le nombre des médecins diminue* en France, mais aussi que *le nombre des diplômes conférés* pour l'exercice de la médecine *s'élève*. D'où il résulte qu'un certain nombre de médecins quittent la France ou abandonnent leur profession, en d'autres termes, que *cette profession n'offre pas assez d'avantages pour satisfaire à l'existence de tous ceux qui aspirent à l'exercer*. »

Enquête sur le charlatanisme.

Pour l'enquête ouverte par M. le Dr Ordonneau, de Mouilleron-en-Pareds (Vendée) il y a lieu de tenir pour dignes d'intérêt :

1° Les faits patents et journaliers d'exercice illégal par rebouteurs, curés, sorciers, bonnes sœurs, somnambules, pharmaciens et guérisseurs quelconques, quand ils jouissent dans leur contrée d'une réputation bien établie.

2° Les faits d'usurpation de titres.

3° Les faits de complicité avec les rebouteurs, somnambules, etc........ cette complicité fût-elle le fait de diplômés.

Les conditions de l'exercice illégal étant multiples et difficiles à vérifier, on devra remarquer que la plupart des voyageurs en charlatanisme, et des consultations par correspondance masquent des contraventions et des délits.

Il y a donc lieu de signaler :

1° Les insertions dans les journaux qui ont un caractère de charlatanisme avéré.

2° Les tournées en province avec circulaires prémonitoires, certificats de guérison, etc., etc.

3° Toutes réclames, brochures, etc.

4° Toute annonce de médicaments secrets présentés avec consultation *ad hoc* par des individualités sur lesquelles il y a doute relativement à leur qualité de médecins diplômés.

Enfin il y a intérêt à faire part des plaintes et dénonciations faites aux parquets, et de l'état des poursuites, s'il y a lieu. Il est important surtout pour l'intérêt de la campagne que notre dévoué confrère veut bien entreprendre, que dans le cas de jugement, la physionomie des débats, quand elle a été enregistrée par les journaux de la localité, soit communiquée, afin de rendre la publicité plus universelle et de permettre de ne pas perdre le délinquant de vue avant l'expiration du délai où il y a encore récidive.

Nous recommandons surtout à MM. les secrétaires des Syndicats l'enquête qui est ouverte aujourd'hui, et nous les prions de se mettre dans ce but en communication avec M. Ordonneau. .....

Nous rappellerons encore une fois que notre confrère s'est occupé, il y a quelques années, des études qui ont précédé l'établissement de la *Caisse des pensions de droit*, et que c'est à son travail et à son zèle que nous devons une bonne part du succès qui a couronné notre difficile organisation. A. C.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE
ET DE GYNÉCOLOGIE

De l'opération césarienne.

I

C'est dans le cours d'un voyage scientifique à travers l'Autriche et l'Allemagne, que notre excellent ami J. Potocki a eu l'heureuse idée d'étudier à nouveau l'opération césarienne (1) : il en a fait un historique aussi complet qu'intéressant, puis il a indiqué les modifications récentes apportées au manuel opératoire et en particulier *la double suture de l'utérus par la méthode de Saenger*, méthode dont il a pu juger *de visu* les bons résultats.

L'opération césarienne, dit Potocki, *consiste à inciser la paroi abdominale pour extraire, par cette voie, un fœtus développé dans la cavité utérine* ; deux méthodes permettent d'arriver à ce but : dans l'une, on incise l'utérus en intéressant le péritoine, c'est *l'opération césarienne proprement* dite ou *hystérotomie* ; dans l'autre, après avoir décollé le péritoine, on sectionne le vagin, c'est la *gastro-élytrotomie*. C'est à dessein que, dans sa définition, Potocki ne mentionne pas la section de l'utérus, considérant, avec M. Pinard, la gastro-élytrotomie comme une opération césarienne ; nous ne nous occuperons ici que de la première de ces opérations que tout praticien peut être appelé à faire d'urgence.

On peut être obligé de pratiquer l'opération césarienne, que le fœtus soit vivant ou mort. On y est également exposé quel que soit l'état de la femme, qu'elle soit vivante, à l'agonie ou morte. Si l'on est bien certain de la mort de la femme, on peut faire la section sans grandes précautions. Mais, s'il pratique l'opération sur une femme dont il ne puisse affirmer absolument la mort, à plus forte raison si la femme n'est qu'à l'agonie, le médecin doit suivre les règles opératoires de l'opération césarienne *in vivâ*. Laissant de côté les indications opératoires, nous voulons seulement indiquer, d'après Potocki, quels sont les précautions et instruments nécessaires, quel est le manuel opératoire et quels résultats a donnés l'opération césarienne, faite d'après cette méthode, avec tous les perfectionnements de l'antisepsie.

II

Lorsque l'accoucheur est véritablement maître de choisir le moment de l'opération et qu'il a l'intention de conserver l'utérus, de ne pas compléter l'opération césarienne par une amputation de Porro, il doit attendre que le travail soit bien établi, autrement il exposerait la femme à une hémorrhagie grave par inertie utérine ; mais il faut opérer le plus tôt possible, six à huit heures après le début du travail. Le pronostic est remarquablement influencé par la longueur de l'intervalle du temps qui sépare le début du travail du moment où l'on commence l'opération.

(1) Paris 1886, Librairie G. Steinheil.

Aussi est-il sage, lorsqu'on le peut, de s'occuper à l'avance des objets et instruments nécessaires à l'opération :

1 Rasoir, savon, brosse, plusieurs litres de solution d'acide phénique à 5 0/0 et de solution de sublimé à 1/1000, éther, eau chaude à 50°, eau froide à 10°, 6 éponges plates pour la plaie, 6 éponges abdominales, 6 serviettes douces, 10 gr. d'iodoforme, 1 paquet de gaze iodoformée, 1 paquet de ouate salicylée, pansement de Lister, bandage de corps en flanelle.

2° Chloroforme, morphine, éther, ergotine, seringue de Pravaz.

3° Un bistouri ordinaire, un bistouri boutonné, une sonde cannelée, deux pinces à griffes, six pinces hémostatiques, ciseau droit, une aiguille à manche, une aiguille de Reverdin, un porte-aiguilles, aiguilles droites et courbes, fil d'argent fort, fil de soie antiseptique (de deux grosseurs), un mètre de tube de caoutchouc de 5 millimètres de diamètre.

Lorsque les préparatifs de l'opération sont terminés, que l'opérateur et les aides ont pris toutes les mesures de désinfection nécessaires, des soins antiseptiques seront parallèlement rendus à la malade. Le vagin sera irrigué avec une solution phéniquée ou mercurielle chaude; la vulve sera lavée avec soin, les poils du pubis rasés ; le rectum et la vessie seront vidés ; la paroi abdominale, lavée et savonnée à l'eau ordinaire, sera de nouveau lavée à l'eau phéniquée. La malade étant couchée horizontalement sur le lit opératoire, on entourera le champ de l'opération de serviettes antiseptiques, le thorax et les membres inférieurs seront recouverts de la même façon, de sorte qu'il ne restera sur le lit aucun point dont le contact puisse contaminer les mains des opérateurs ou les instruments. C'est dans ces soins préliminaires que réside en grande partie le succès de l'opération.

III

La femme étant soumise à l'anesthésie chloroformique, l'opérateur pratique une incision de 16 cent. environ de longueur sur la ligne blanche. Cette incision médiane doit correspondre au tiers moyen de la hauteur de l'utérus, contourner l'ombilic à gauche l'ombilic en occupera à peu près le milieu. Puis, à la partie supérieure de cette incision, à travers la paroi abdominale, on applique trois sutures d'argent ou de soie ; ces sutures ont pour but d'assurer une rapide projection en arrière des parois abdominales sur l'utérus et d'empêcher la hernie de l'intestin ; plus tard elles pourront être utilisées pour la suture. L'utérus, étant fréquemment dévié à droite, doit être ramené par un aide sur la ligne médiane ; l'incision de l'utérus porte sur la paroi antérieure, suivant la ligne médiane et au niveau du tiers moyen ; l'utérus doit être laissé *in situ* ou amené au dehors suivant la méthode de Muller, mais seulement dans le cas de putréfaction de l'œuf.

Lorsque l'utérus et l'œuf sont ouverts, l'accoucheur saisit ordinairement le fœtus par la partie qui se présente (tête, bras, pied). S'il est nécessaire, l'incision utérine est agrandie à l'aide des ciseaux. Lorsque le fœtus est extrait, le placenta, décollé spontanément, fait souvent saillie au niveau de la plaie utérine ; il suffit alors de le saisir et de légères tractions amènent avec lui les membranes de l'œuf. L'utérus est amené hors du ventre et on applique derrière lui une éponge abdominale ou une serviette douce ; puis on exerce des tractions sur les sutures abdominales maintenues à l'aide de pinces à pression ; si une hémorrhagie se produit, on comprime avec la main le segment inférieur de l'utérus et le col ; puis on applique un tube en caoutchouc sur le col et on le maintient serré à l'aide d'une pince fixée au point de croisement. On saupoudre d'iodoforme la cavité utérine et le col ; s'il est besoin, on pratique le lavage de l'utérus avec la solution phéniquée ou sublimée.

Le point capital est la suture de la plaie utérine. Si cette plaie est suffisamment souple pour pouvoir être facilement fermée par la simple pression des deux mains, on peut se passer de la préparer ; mais, si les deux lèvres bâillent au dehors et ne peuvent être rapprochées qu'au niveau des parties profondes, on prépare la plaie, on dissèque le péritoine sur une largeur de 3 à 5 millimètres et de haut en bas, d'abord à droite, puis à gauche. Pour faire cette dissection, on saisit la séreuse avec la pince à griffe et on incise au-dessous d'elle avec le bistouri tenu horizontalement ; généralement le muscle sous-jacent à la séreuse se rétracte, de sorte qu'elle devient libre ; si cette rétraction n'est pas suffisante, on enlève une tranche prismatique triangulaire à base dirigée du côté de la séreuse, à bord tranchant regardant la muqueuse.

Les *sutures utérines profondes* sont faites au fil d'argent, fort, souple, fin et passé à la flamme ; elles doivent être aussi rapprochées que possible et ne pas intéresser la muqueuse ; on en applique 8 à 10, éloignées de 1 à 1 cent. 1/2. Les fils ne sont serrés que quand ils ont été tous appliqués. Il suffit de tordre trois fois et de couper ras le fil d'argent qu'on recourbe sur lui-même en forme de boucle du côté de l'utérus à l'aide d'une pince, pour éviter qu'il ne blesse les organes voisins.

Les *sutures superficielles* doivent être encore plus nombreuses ; entre deux sutures profondes successives, on doit en appliquer deux ou trois, de sorte qu'on arrive généralement au chiffre de 15, 20, 25 sutures superficielles ; elles sont faites avec du fil de soie fin phéniqué ; l'aiguille doit traverser deux fois la séreuse de chaque côté et pénétrer légèrement dans le tissu musculaire. On coupe les fils ras et on les abandonne comme les fils profonds. La suture étant achevée, on enlève le lien élastique qui assurait l'hémostase provisoire. La plaie utérine est alors bien fermée, indépendante à la fois de la cavité péritonéale et de la cavité utérine qu'elle isole. Les deux surfaces péritonéales sont réunies au bout de quelques heures, la réunion des deux feuillets musculaires est un peu plus lente à se produire.

On pratique, comme dans toute laparotomie, la suture profonde et superficielle de la paroi abdomi-

nale avec du fil d'argent ; on saupoudre la plaie d'iodoforme, puis on recouvre avec de la gaze iodoformée, de l'ouate salicylée, un bandage de corps ou avec le pansement de Lister.

D'après une note obligeamment remise par notre ami Potocki, les résultats obtenus par Léopold et Saenger sont excellents: sur 19 opérations pratiquées par eux, il n'y a eu qu'*un* décès, et cette femme était *infectée* avant l'opération ; *tous les enfants ont été extraits vivants*. Dans les deux dernières opérations de Léopold, les sutures utérines ont été faites avec du catgut préparé à l'acide chromique.

Plusieurs de ces opérations ont été pratiquées dans des cas de rétrécissements du bassin passibles de la crâniotomie ; aussi se demande-t-on si, à l'avenir, on ne deviendra pas plus réservé pour pratiquer la crâniotomie ; il est en tout cas sage d'attendre de nouveaux résultats et de ne pas suivre l'enthousiasme aveugle de quelques accoucheurs anglais, qui, en présence des résultats nouveaux de l'opération césarienne, proposaient de supprimer complètement la crâniotomie de la pratique obstétricale.

Pour le moment il est un fait acquis : c'est que, comme le disait récemment le professeur Tarnier, il faut désormais, après l'opération césarienne, suturer l'utérus par la méthode de Saenger.

G. LEPAGE.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat médical de l'arrondissement de Corbeil.

Médecins et compagnies d'assurances.

Corbeil, 8 décembre 1886.

Monsieur et cher confrère,

Il y a un an, je vous annonçais la création à Corbeil, d'une assurance mutuelle contre les accidents par le syndicat des entrepreneurs de l'arrondissement. Cette création mettait fin à la longue lutte que notre syndicat médical avait soutenue pendant plusieurs années contre les compagnies d'assurance. Les patrons s'assurant eux-mêmes, les compagnies disparaissent par ce fait de notre région, et les médecins peuvent s'entendre directement avec les intéressés.

Permettez-moi aujourd'hui de vous exposer la situation présente. Ce sera le complément nécessaire de ma première communication.

Le syndicat des entrepreneurs de l'arrondissement compte aujourd'hui 250 membres et s'étend de plus en plus. Son assurance mutuelle commence à fonctionner, mais sur une petite échelle. En effet, la plupart des patrons qui ont adhéré sont liés encore pour 1, 2, 3 ans au plus aux compagnies d'assurance par des polices qu'ils sont résolus à ne pas renouveler, mais qu'ils ne peuvent résilier. Le syndicat ne compte guère qu'une vingtaine d'assurés. Une convention devait être établie avec vous : en présence de la situation que je vous signale, elle a dû être ajournée. Les confrères ont été invités à appliquer notre tarif minimum pour le réglement de chaque sinistre. Nos intérêts sont sauvegardés.

Les compagnies n'ont pas accepté facilement leur défaite, je vous l'assure.

Leurs amis n'ont cessé d'attaquer le syndicat des entrepreneurs. Vains efforts ! Le mois dernier, ils ont cru obtenir un succès que vous trouverez, comme moi, bien mince. Le bureau du syndicat proposait de rendre son assurance *obligatoire* pour tous les membres. L'assemblée générale n'a pas ratifié sa proposition. Est-ce un résultat dont les compagnies aient lieu de se réjouir ? Je ne le crois pas, l'intérêt des patrons étant de se passer d'intermédiaire et de faire leurs affaires eux-mêmes, au meilleur marché possible. De plus, l'assurance n'est pas à l'avantage du petit patron (peintre, menuisier, etc.) qui travaille seul ou avec un ouvrier.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de nos meilleurs sentiments,

Dr SURBLED,
Secrétaire du syndicat de Corbeil.

Syndicat de Voiron.

Réunion du 27 novembre 1886.

Séance tenue à Moirans-de-l'Isère, le 27 novembre 1886, à 6 heures du soir.

Etaient présents : MM. Boucher, président ; Rouvier, secrétaire ; Ponte, Brun-Buisson, Dumarest, Fugier, Masson, Coche et Pontet.

S'étaient excusés : MM. Emile Barral, Mansard, H. Chevalier, Ambrois, Buyat et Jamme.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Ambrois, du Pont-de-Beauvoisin, officier de santé, ayant subi avec succès les deux premiers examens de doctorat, demande à faire partie du syndicat. Son admission est prononcée à l'unanimité.

On passe à la discussion des questions traitées à Paris le 7 novembre.

Sur la première, l'assemblée décide qu'il n'est pas opportun que les syndicats soient représentés au Congrès des chambres syndicales.

2e D'un ordre des médecins.

Le syndicat de Voiron adopte la proposition Toussaint.

3o Cette question est réservée, aucun médecin militaire n'exerçant dans notre rayon.

4o Vœu relatif au secret médical. L'assemblée estime qu'en principe, l'obligation du secret médical est absolue ; mais il y a des cas particuliers où le médecin n'a d'autre juge que sa conscience.

5o Vœu présenté par M. Léeuyer. Adopté.

6e idem. Nous remercions par avance les membres du bureau de l'Union.

Pour terminer, le Président dit quelques mots de la Caisse des pensions, avantageuse surtout pour les jeunes confrères.

Le banquet traditionnel vient achever la soirée.

Le Président, Dr BOUCHER.

NOUVELLES

D'après le *Journal officiel*, les 79 listes de souscription pour l'INSTITUT PASTEUR s'élèvent à 129.518 fr., ce qui porte le total de la souscription à 1.671.472 francs.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André, 3.

Neuvième année **N° 5** 29 Janvier 1887

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

M. Pasteur et ses adversaires.

Nous donnons plus loin la statistique détaillée représentant le bilan de la méthode des inoculations antirabiques, telle qu'elle a été placée sous les yeux de l'Académie.

Si jamais il a été de mise de parler de l'éloquence des chiffres, c'est à coup sûr en cette circonstance. Point n'est besoin de faire de longues phrases pour réduire à néant les attaques tour à tour violentes et perfides auxquelles M. Pasteur et ses collaborateurs ont été en butte depuis quelques mois et qu'ils ont peut-être eu tort de dédaigner trop longtemps. Si peu autorisées que fussent les plumes qui s'efforçaient par des insinuations hebdomadaires d'égarer le public médical, il était resté quelque chose de ces insinuations.

Mais voilà qu'aujourd'hui il n'en reste plus rien. M. Pasteur et M. Grancher doivent savoir gré à M. Peter d'avoir porté carrément à la pleine lumière des débats académiques les accusations sourdes que tel journal répétait périodiquement sans se lasser, n'étant pas démenti. Une fois le débat ouvert, il n'a pas été difficile de voir de quel côté était la bonne foi et à quoi se réduisait la fameuse : Nécrologie Pasteur, titre gracieux imaginé par certain confrère qui cultive la plaisanterie macabre et de bon goût.

La méthode des inoculations antirabiques est-elle utile ? — Oui, puisque sur 2164 personnes mordues par des animaux dont la rage a été reconnue expérimentalement ou par des observations vétérinaires, il n'en est mort que 29 : mortalité 1.34 p. 100. (Voir les tableaux A et B.)

La méthode des inoculations dites intensives est-elle périlleuse ? — Non, puisque sur 140 personnes soumises à ce traitement, il en est mort 0. (Statistique d'Odessa.)

Il est inutile de répondre autre chose aux adversaires de M. Pasteur. Tout spectateur de bonne foi de ce retentissant débat reconnaîtra que ce qui a « échoué lamentablement », suivant l'expression de M. Peter, c'est l'attaque dirigée contre une méthode thérapeutique qui, pour n'être pas divine, comme l'a dit si heureusement M. Grancher, reste cependant une des plus belles découvertes humaines.

Le tyrotoxicon, ptomaïne du lait et du fromage.

On signale de temps à autre des accidents d'intoxication à la suite de l'ingestion de fromages avariés et de lait aigri. Vaughan, médecin et chimiste américain, a trouvé l'agent nocif qui se développe dans ces aliments. C'est un poison de la classe des ptomaïnes, qui se présente sous la forme de longues aiguilles cristallines, solubles dans l'eau, l'éther, le chloroforme, l'alcool, et que produit l'action d'une grande quantité d'acide butyrique, développé par une putréfaction légère ou une fermentation excessive, sur la caséine du fromage. Volatil à la température de l'eau bouillante, ce poison a une odeur forte, pénétrante, mais qui est masquée dans le fromage par l'odeur spéciale de cet aliment.

Un exemple des accidents que peut provoquer la présence de cette ptomaïne dans le lait a été relaté par William K. Newton et Shippen Wallace (*Med. News*, 25 septembre 1886). Un soir, 24 habitants d'un hôtel de Long-Branch, furent pris, quelques heures après le repas, de signes d'intoxication (nausées, vomissements, crampes, collapsus, peu de diarrhée); dans un autre hôtel, le même soir, 19 personnes éprouvaient des accidents analogues. Toutes se rétablissaient en quelques heures. Une semaine plus tard, 30 personnes dans un troisième hôtel, étaient empoisonnées simultanément sans issue fatale. L'enquête, dirigée avec grand soin, prouva que ces intoxications avaient pour cause l'usage d'un lait, qui n'avait été additionné d'aucune substance et

avait été fourni par des vaches saines, mais qu'on avait expédié aussitôt trait et non refroidi à huit milles de distance, au mois d'août pendant la plus forte chaleur. Dans ce lait, ayant subi une fermentation exagérée, s'était développée la ptomaïne découverte par Vaughan ; on put isoler les cristaux de tyrotoxicon qui, administrés dans du lait à petite dose à un chat, lui donnèrent les signes d'intoxication analogues à ceux qu'avaient présentés les consommateurs du lait avarié.

On comprend que de jeunes enfants puissent éprouver du fait de la ptomaïne du lait gâté des accidents très graves, mortels même. L'attention doit donc être éveillée sur cette question.

L'anorexie iodoformique, le signe de l'argent.

M. A. *Poncet* a signalé une sorte d'anorexie, d'embarras gastrique qu'on observe assez souvent chez les malades pansés avec l'iodoforme et qu'on doit attribuer à la présence d'iodure ou d'iodate dans la salive. Les malades accusent une amertume de la bouche, un écœurement, qui s'accentuent surtout quand ils font usage de vases ou cuillères d'argent. L'argent constitue, en effet, un réactif fort sensible ; une pièce imprégnée d'un peu d'iodoforme dégage une insupportable odeur d'ail pourri ; car la production d'iodure d'argent s'accompagne de formation d'acétylène. Cette particularité est bonne à connaître.

De l'emploi du sublimé et du calomel dans la thérapeutique de la fièvre typhoïde.

Il y a bien longtemps qu'on a commencé à donner le mercure dans la fièvre typhoïde. Le sulfure noir de mercure, les frictions mercurielles ont été employés par Serres, par Becquerel. On a vanté le calomel en Allemagne et en Angleterre ; chez nous, M. *Salet* (de Saint-Germain) a préconisé une méthode qui consiste à administrer 1 centigramme de calomel toutes les heures jusqu'à l'apparition de la salivation.

A ce moment la maladie tournerait court en quelque sorte. L'auteur de cette méthode a rapporté un nombre important de faits favorables.

M. le professeur Bouchard l'a essayée, il y a deux ou trois ans, et voici quels résultats il a constatés. Il a donné à 32 malades atteints de fièvre typhoïde 40 centigrammes de calomel chaque jour par doses de 2 centigrammes d'heure en heure, jusqu'à production de la salivation. Celle-ci s'est montrée presque toujours au bout de cinq à sept jours.

Tous les malades qui ont eu la salivation ont guéri. La durée moyenne de la maladie a été de 21 jours, chiffre modéré, 25 jours étant le chiffre habituel. La mortalité a été faible : 2 sur 32, soit 6 p. 100. Le nombre total des cas est trop faible pour permettre des conclusions définitives. Il convient de relever cependant que les malades qui sont morts sont ceux qui avaient pris le moins de mercure et dont on n'avait pu imprégner l'organisme de ce médicament. Mais M. Bouchard n'a pas cru devoir continuer ces tentatives, parce qu'il a constaté que le traitement hydrargyrique intensif était suivi d'une convalescence longue, d'une débilité et d'une anémie profondes. Il lui a semblé que certains accidents étaient plus fréquents, épistaxis, quelques hémorrhagies intestinales, selles dysentériques, sanguinolentes et glaireuses. Chez d'autres malades il a constaté des accidents tardifs tels qu'une pneumonie et une endocardite végétante.

(1) *Lyon médical*, 1886.

FEUILLETON

Un charlatan péripatéticien.

Les pharmaciens réclament, à juste titre, qu'on les protège contre les concurrences déloyales et les subtilités de la fraude, tout comme « l'éminent doc« teur Comte de Bruc, duc de Busignan, ancien « ministre chargé d'affaires à Paris, commandeur « du Niskam Iftikar, etc., etc., etc, et *autorisé à « exercer l'art médical en France* par décret du « 1er juin 1869. »

Il a bien du chagrin, lui aussi, allez ! car « d'audacieux et impudents « contrefacteurs » lui *volent* ses certificats de guérison. Mais il compte sur la « prompte *justice* des tribunaux ». Et qu'il a diantrement raison, le docteur Comte !

Car enfin, comprend-on que, pour quelques jours passés à La Rochelle, « du 22 novembre au 14 décembre inclusivement », séjour annoncé à coups redoublés de grosse caisse, on n'ait pas le *droit absolu* d'être le seul propriétaire de la place médicale, surtout quand on s'est donné la peine de lancer des journaux-prospectus qui mettent judicieusement et *poliment* en garde contre les « *médi« castres* et les *petits chirurgiens* », lesquels « craignant de voir leurs malades venir trouver le Doc« teur de Bruc s'empressent de médire de celui-ci « et même de le calomnier ! »

Calomnier le docteur de Bruc, ce reflet d'Esculape, auquel l'abbé Thore consacre une épître de 77 vers, et quels vers !! dans laquelle il le compare simplement à « Jésus-Christ, et où il annonce que « l'illustre docteur lui ayant demandé cent écus « pour *sa cure, les lui rendit pour ses pauvres.* »

« Ce que chez nous médecins ne font guère ! »

Ajoute en vers ironiquement mélancolique le lévite-poète. 77 vers, même de cet acabit, me semblent encore un remercîment un peu maigre pour une cure aussi mirobolante que celle de l'abbé Thore. Songez donc :

« Deux immenses tumeurs avaient depuis vingt ans
« Sur mon malheureux nez élu domicile.

(La versification s'en ressent.)

C'étaient deux cancers, pesant plus d'un kilo « et depuis vingt ans l'abbé Thore portait toujours « un long voile noir ».

Nécessairement tous les docteurs en médecine étaient restés quinauds. Mais de Bruc vient dans la « cité de *Clémence Isaure* », contemple le nez Thore, comprend qu'un *miracle seul peut le guérir*, et, dit-il : « *Ce miracle, je l'ai effectué avec tant d'autres !* »

On n'est pas plus violette que ça !

Au surplus, oyez le sacré poète :

M. Bouchard a donc renoncé à la méthode mercurielle exclusive, mais il a pensé à l'utiliser sous une forme atténuée en l'associant à d'autres moyens thérapeutiques qui ont été exposés dans ce journal (1). M. Bouchard emploie le calomel au début seulement de la maladie, c'est-à-dire jusqu'au commencement du deuxième septenaire.

Il administre chaque jour 40 centigrammes de calomel en 20 pilules, prises d'heure en heure, pendant 4 jours consécutifs, sans jamais chercher ni obtenir la salivation. Il a paru que généralement la courbe thermique s'en trouvait modifiée, que parfois dès le deuxième jour, il y avait déjà diminution de la fièvre.

M. *Greiffenberger* (Berlin. klin. Woch., 1886) a préconisé le traitement suivant : Solution de bichlorure de mercure, 4 à 5 centigr. dans 180 grammes de véhicule avec 20 gr. de sirop ou d'eau de menthe comme correctif. Toutes les heures ou toutes les deux heures, une cuillerée à soupe de cette potion. Sous l'influence de cette médication, dit l'auteur, la température commence à baisser dès le 2e jour; du 3e au 6e, elle est redescendue à la normale ou au-dessous. Dans les cas légers, traités dès le début, il suffit de 5 à 8 centigr. de sublimé, c'est-à-dire de 3 à 4 jours de traitement pour obtenir ce résultat; dans les cas plus intenses, il en faut jusqu'à 15 centigr. pris en l'espace de 8 à 9 jours. Ce n'est pas seulement la disparition de la fièvre qu'on obtient, mais la rétrocession des autres symptômes.

Sachajin (Zeitschrift für klin Med., 1885), qui a essayé le calomel dans un certain nombre d'affections, déclare que dans la fièvre typhoïde le météorisme abdominal, la dyspnée, la céphalalgie, l'insomnie sont les symptômes les plus améliorés par le calomel. Mais on doit s'en abstenir dans les cas de diarrhée profuse et d'adynamie profonde.

(1) Le traitement de la fièvre typhoïde par la méthode de M. Bouchard. *Concours médical*, 1886.

Statistique générale des personnes françaises et étrangères traitées à l'Institut Pasteur jusqu'au 31 décembre 1886.

Personnes mordues et traitées, 2682. Morts, 31. Mortalité, 1,15 0/0. — 1° Personnes mordues par des animaux dont la rage a été reconnue expérimentalement ou par des observations vétérinaires (Tableaux A et B de la statistique). Personnes mordues, 2,164. Morts, 29, Mortalité, 1,34 0/0 ; — 2° Personnes mordues par des animaux suspects de rage (tableau C), 518. Morts, 2. Mortalité, 0.38 0/0.

Statistique des personnes Françaises et Algériennes traitées à l'institut Pasteur jusqu'au 31 *décembre* 1886.— Personnes mordues et traitées, 1.929 (1). Morts, 18. Mortalité, 0,93 0/0. 1° Personnes mordues par des animaux dont la rage a été reconnue expérimentalement, ou par des observations vétérinaires (Tableaux A et B). Personnes mordues, 1,538. Morts 16. Mortalité, 1.04 0/0 ; 2° Personnes mordues par des animaux suspects de rage (Tableau C). Personnes mordues, 391. Morts, 2. Mortalité, 0.51 0/0.

Statistique des morsures à la tête et au visage.— Personnes Françaises et Etrangères mordues et traitées 214. Morts, 10. Mortalité, 4.66 0/0. 1° Personnes mordues par des animaux dont la rage a été reconnue expérimentalement, ou par des observations vétérinaires (Tableau A et B). Personnes mordues, 186. Morts 9.

(1) L'écart entre ce nombre (1929) et le nombre 1956 donné par M. Grancher à la séance de l'Académie du 11 janvier 1887 s'explique par le retranchement du tableau définitif, des personnes dont le traitement n'a pas été achevé.

« Au Docteur, maintenant. Voici comme il agit.
« Fer, bistouri, scalpels, instruments de torture
N'ont point labouré ma figure :
« *Il barbouilla mon nez d'un peu de confiture*,
« Puis dit : Allez vous-en sans crainte et sans souci,
« *Vos bosses vont tomber comme une figue mûre.*
« Revenez dans *huit jours* me dire merci (encore un irrégulier.)
« Je revins, proclamant ma *guérison complète.* etc..

Ce qui aide à prouver, avec nombre d'autres certificats de même farine, que ce gaillard docteur sait *tout* et guérit *tout*.

Il est fâcheux de voir qu'un docteur en médecine *Henry*, (de Granvelle, Haute-Saône) ait envoyé à ce noble charlatan une attestation de guérison de quatre cancroïdes et en ait toléré l'insertion dans le journal boniment. Enfin !

Donc, ce Monsieur, médecin d'une Faculté étrangère, autorisé à pratiquer son « art » en France agit comme un banquiste, vilipende tout le corps médical français, se conduit comme un.............. et ceux qui devraient le surveiller ne voient rien ! n'entendent rien ! ! ne savent rien ! ! ! Le pouvoir, qui a donné, peut seul retirer. Il me semble cependant qu'il y a quelque petit prétexte à rapporter la permission d'exercice. Ce n'est pas aux médecins à se liguer contre un tel amateur ; c'est à la police à faire œuvre de voirie sociale et à balayer cette ordure blasonnée.

Mais il ne se borne pas à « donner » des consultations ; il fournit des médicaments, et c'est ici que le rôle de certains pharmaciens apparaît.

La loi veut que les médecins ordinaires ne puissent fournir de remèdes à *leurs propres clients et à eux exclusivement* qu'en dehors de tout rayon pharmaceutique — et quelle taille il atteint ce rayon ! Mais tout le monde n'est pas le noble de Bruc et, quand on se met à trépigner sur la loi et sur la pudeur, pourquoi n'irait-on pas jusqu'au bout ? Ne pouvant tenir officine ouverte et ambulante, de Bruc use d'un truc bien simple. Il a fait *déposer ses* médicaments chez un pharmacien de Paris...., ex-interne, lauréat et superbement illustré, lui aussi. C.... sert de *prête-nom*, car ces médicaments sont des spécialités *homœopathiques, rationnelles et progressives* » préparées *chez* le comte, par un élève en pharmacie, particulièrement en froid avec l'orthographe, et qui signe *le secrétaire*. Une femme, se disant *la nièce* » accompagne le messie guérisseur et *rédige les ordonnances* qu'elle lui fait signer. — Cela se passe donc en famille.

Quand la Smalah s'abat dans une ville, C... envoie à un pharmacien de bonne volonté des caissettes de spécialités et lui fait une remise de 20 0/0. Mais parfois, comme dernièrement à la Rochelle, quelques pharmaciens refusent successivement de se salir les mains à une telle besogne, et alors C... se laisse aller à écrire à l'un d'eux cette phrase typique : « *Je regrette bien le scrupule qui vous a ga*

Mortalité, 4.83 0/0 ; 2° Personnes mordues par des animaux suspects de rage (Tableau C). Personnes mordues, 28. Morts, 1, Mortalité, 3.57 0/0.— *Comparaison des traitements simple et intensif.* Morsures à la tête ou au visage. Personnes mordues par des animaux reconnus enragés expérimentalement ou par des observations vétérinaires (Tableau A et B). Personnes Françaises et Etrangères mordues et traitées 186. Traitement simple, 136. Morts, 10. Mortalité, 6.66 0/0. Traitement intensif, 50. Morts, 8. Mortalité, 0.

Statistique des personnes mordues par des loups enragés.— Personnes mordues 48. Morts, 7. Mortalité, 14 0/0. Trois des personnes mortes ont été prises de rage pendant le traitement. Elles sont maintenues dans la statistique et comptent dans le pourcentage de la mortalité.

Personnes mortes après avoir été traitées. — *Français*: Pelletier, Videau, Lagut, Bouvier, Clédière, Peytel, Ledue, Magneron, Astier, Moulis, Moërmann, Clergeot, Jansen, Grand, Sodihi, Létoug, Née, Gérard.— *Nota* Pelletier et Moërmann sont venus se faire traiter plus de 35 jours après la morsure. Ils figurent dans la statistique et comptent dans le pourcentage de la mortalité. Personnes traitées ayant succombé à des maladies diverses ; Christin, méningite, Dr Genoud; Duresset, affection pulmonaire, Dr Yot; Rouyer, urémie (rapport du Dr Brouardel et inoculation négative du bulbe). Réveillac, affection inconnue. Goriot, Paul, mort de rage le 16 janvier 1887, mordu à l'index droit, premiers jours de décembre (date non précisée), par un chat. Traitement du 22 décembre au 1er janvier, n'a pas subi le traitement intensif parce que la rage du chat n'était pas certifiée. A été pris de rage 14 jours après le traitement. N'est pas compté dans la statistique, figurera dans celle de 1887.— *Etrangers*: Ivanowa (russe), Gagou (roumain), Zotoff (russe), Miasnikoff (russe), Glutza (roumain), Leondet (hollandais), Nikiforoff (russe), Guardia Ribés (espagnol de Reus), Fita (espagnol), Requejo (espagnol), Berqui (italien), Collinge (anglais), Smith, dit Goffi (anglais).— *Nota.* Ivanowa a été prise de rage 6 jours après le traitement. Gagou a été pris de rage le jour qui a suivi la fin du traitement. Nikiforoff, venu un mois après la morsure, Requejo, venu 34 jours après la morsure, sont maintenus dans la statistique et comptent dans le pourcentage de la mortalité. Personne traitée ayant succombé à des maladies diverses : Wilde, Arthur ; affection pulmonaire, Dr Foote.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 Janvier.

Nous signalerons parmi les pièces de la Correspondance une note sur la réorganisation de l'hygiène publique en France par le Dr Coiffier (du Puy) et un travail intitulé : Recherches expérimentales sur le principe actif du suc gastrique par le Dr V. Poulet (de Plancher-les-Mines).

Le salicylage des denrées alimentaires.

M. *Vallin* a lu, au nom de la Commission, les conclusions suivantes :

Il est établi par l'observation médicale que les doses faibles, mais journalières et prolongées d'acide salicylique ou de ses dérivés peuvent déterminer des troubles notables de la santé chez certains sujets impressionnables à ce médicament, chez les personnes âgées, chez celles qui n'ont plus l'intégrité parfaite de l'appareil rénal ou des fonctions digestives.

En conséquence, l'addition d'acide salicylique et de ses dérivés même à doses faibles, dans les aliments solides et liquides, ne saurait être autorisée.

M. *Constantin Paul* s'élève contre ces conclusions. D'après lui, depuis dix ans qu'on pratique le salicylage, on n'a produit qu'un petit nombre de faits pouvant faire croire au danger de l'ingestion fréquente d'acide salicylique à faible dose ; encore ces

---

« gné. *Je le regrette pour vous, car j'ai* TOUJOURS « *pensé que les pharmaciens avaient des* BOUTIQUES « *pour* FAIRE DE L'ARGENT ! » (sic) — Comme argument, c'est délicat ; c'est surtout irrésistible. Et ce cri, parti du cœur, n'est, hélas ! que l'écho de bien trop de cris semblables....

Pour en finir avec le Comte de Bruc, ce monsieur a emporté de la Rochelle une quinzaine de mille francs en quelques jours — et bien gagnés, vrai ! Prenant fort cher aux *riches*, il avait une façon Montyonesque d'en agir avec le fretin. Des *pauvres* il n'exigeait rien comme consultation, mais il leur demandait *combien ils avaient en gousset* et il leur *donnait* une ordonnance dont le montant s'élevait à ce qu'ils possédaient, les bons gogos ? Exemple : un de ces *pauvres* arrive chez un pharmacien avec une ordonnance de de Bruc. « Ce bienfaiteur de l'humanité », ayant soupesé la bourse du consultant, avait, *gratis*, prodigué ses lumières surnaturelles ; mais, sachant qu'elle ne contenait que 23 francs, il avait élaboré une mignonne ordonnance de 22 *francs*. Généreux, il laissait à ce croyant 20 sous pour rentrer au bercail. Le pharmacien, du reste, fit entendre à ce simple qu'il avait eu affaire à un maitre filou et l'ordonnance resta en détresse.

Le pharmacien pratique C.... avait envoyé en dépôt, sans qu'il le demandât, au premier des pharmaciens Rochelais — honnêtes ceux-là — un stock de spécialités à la de Bruc. Parmi elles, s'étalaient sur le bordereau des pommades n. 1 à 8 fr. 50 c. (c'est plus qu'un beurre, c'est de la confiture à la Thore, et encore de la plus fine), des granules désobstruants à 6 fr. 50, des syphilitiques à 6 fr. 50, des aphrodisiaques à 6 fr. 50, des rhumatismes à 6 fr. 50, des vénériens à 6 fr. 50, des Lupus *vorace* à 12 fr., etc., etc., etc. Ainsi qu'on le voit, le marchand de confiture entend bien les affaires, celles dont l'argent des autres constitue la raison d'être.

C.... reçut, du pharmacien en question, ces simples mots : « Monsieur, je ne vous ai rien demandé et « ne veux avoir aucun contact avec le comte de « Bruc. Aussi ai-je refusé votre envoi !! » Un second pharmacien, tâté, en fit autant. Et il fallut qu'un troisième................, dipsomane de titres, de fonctions et d'écus, sollicitât le *grand honneur*, qu'il obtint sur-le-champ, d'aider un de Bruc à duper ses concitoyens et à s'en faire des rentes.

Ainsi, voilà, grâce à la complicité de deux pharmaciens, les actes d'un charlatan soutenus, prônés et couverts vis-à-vis de la lettre de la loi. Et ce monsieur se réclame des tribunaux pour qu'ils fassent justice des impudents plagiaires qui flibustent un flibustier, etc.... » Dr P....

Nous ne retranchons que quelques passages à la lettre du Dr P., mais nous faisons observer que, si le corps pharmaceutique a, comme le nôtre, ses brebis galeuses, cela n'entache pas son honorabilité générale. (Note de la R.)

quelques faits sont-ils contestables. Il ne lui est pas démontré que la présence de cette substance dans les denrées alimentaires ait jamais produit ni troubles digestifs, comme l'a dit M. Berthelot, ni cas d'avortement ou d'hémorrhagie chez les femmes enceintes, ni même incommodé les alcooliques. Par contre, il y a des exemples positifs d'expérimentateurs ayant toléré pendant plus d'une année l'ingestion quotidienne de plusieurs grammes d'acide salicylique. M. Paul croit que l'interdicton absolue des denrées alimentaires salicylées aura pour seul résultat de laisser consommer plus d'aliments gâtés, ce qui est pire. Il vaudrait mieux, s'il était possible, tolérer l'usage, mais interdire l'abus ; il est vrai que le dosage en est peu pratique et quelquefois impossible, dans la bière surtout.

M. *Vallin* répond que, si les accidents attribués au salicylage sont rares, c'est que les accidents gastralgiques déterminés par l'acide salicylique sont facilement rapportés à des causes banales.

Il se produit ici ce qui s'observe pour le plomb et les accidents qu'il provoque : il faut les rechercher avec soin pour les constater.

D'ailleurs, il serait inexact de dire que ces accidents sont absolument exceptionnels. Il suffira de citer le cas d'un académicien, sujet à des accès de goutte, chez lequel il est impossible d'utiliser l'acide salicylique, en raison des accidents graves qu'il produit même à dose très modérée.

On aurait bien voulu fixer un maximum que l'on n'aurait pu dépasser, mais ce maximum est toujours dépassé dans la pratique.

D'ailleurs, si l'on tolère une certaine quantité d'acide salicylique, on créera en quelque sorte un encouragement au salicylage ; on l'emploiera dans tous les aliments pour les conserver, et on négligera, par contre, d'autres moyens aussi bons et parfaitement inoffensifs tels que la pasteurisation de la bière ou le chauffage des vins.

Mais ce n'est pas tout ; dans un récent congrès de brasseurs, d'hygiénistes, de chimistes, on a agité la question du salicylage, et les membres du congrès ont conclu eux-mêmes à la prohibition du salicylage de la bière dans le but de la conserver.

Du moment que les intéressés demandent cette interdiction, l'Académie ne peut pas se montrer moins soucieuse des intérêts de la santé publique.

M. *Constantin Paul* ayant réitéré ses protestations contre les prétendus accidents attribués au salicylage, *M. Vallin* lui réplique que des avortements par exemple ou des hémorrhagies ont été produits chez des femmes enceintes par l'usage prolongé de doses inférieures à 1 gramme.

M. *Brouardel* vient à la rescousse de M. Vallin. Lorsque nous donnons, dit-il, de l'acide salicylique à nos malades, nous le savons, et s'il se produit des accidents nous en trouvons facilement la cause, mais les choses sont tout autres lorsque l'acide salicylique est ingéré sans qu'on le sache ; comme il peut ne pas être éliminé par les urines, il est très difficile de trouver la cause des accidents, et c'est pour cela que ceux-ci passent inaperçus ; on comprend d'autant mieux qu'il en soit ainsi que les accidents salicyliques ressemblent aux troubles cérébraux ou gastro-intestinaux de tout ordre.

A propos des maladies du rein, de leur fréquence et de leur gravité, je rappellerai que sur 300 autopsies de mort subite, 150 au moins sont relatives à des malades dont les reins étaient malades et les artères le plus souvent sclérosées. Je ne dis pas que ce soit l'acide salicylique qui soit cause de la mort chez ces personnes, mais je ne crois pas que, chez elles, l'ingestion de cette substance eût été inoffensive. Je le crois d'autant moins qu'il suffit chez ces sujets d'un léger excès, d'une bouteille de champagne de trop pour déterminer des accidents graves.

Il va sans dire toutefois que je ne veux pas proscrire le champagne pour cela.

M. *Constantin Paul.* — Ce serait là cependant une conclusion logique.

M. *Brouardel.* — Non, parce que l'on sait quand on prend une bouteille de champagne, et qu'on ne sait pas quand on prend de l'acide salicylique mêlé aux aliments.

Et à ce propos, je rappellerai qu'en indiquant par une étiquette le salicylage d'un aliment ou d'une boisson on ne remédie pas au mal, parce que l'étiquette ne restera jamais sur la substance salicylée.

(Les conclusions de la commission sont alors mises aux voix et adoptées à l'unanimité moins 2 voix.)

M. *Montefusco* (de Naples) a lu une communication sur la thermométrie locale dans la variole.

M. *Thomas Caraman* lit un travail sur un miel eucalypté naturel sécrété par les abeilles noires sauvages de Tasmanie dans des ruches construites par elles au sommet d'eucalyptus gigantesques.

QUINZAINE CHIRURGICALE

Traitement des abcès de la région ano-rectale (1).

Dans un mémoire court et substantiel, M. le D[r] Reclus remet en honneur, en l'appuyant sur les faits qu'il a observés, la pratique enseignée en 1743 par Faget devant l'Académie royale de chirurgie. Cet auteur, dont l'opinion fut partagée par le célèbre J. L. Petit, eut pour adversaire Foubert, qui conseillait de vider par une simple ponction les abcès venant faire saillie autour de l'anus. Foubert, au siècle dernier, et les chirurgiens de ce siècle qui l'ont, pour la plupart, imité, redoutaient l'hémorrhagie, l'infection purulente, l'incontinence des matières fécales. Toutes ces craintes sont devenues vaines, grâce à l'outillage hémostatique perfectionné que nous possédons aujourd'hui, grâce aussi à la méthode antiseptique et aux moyens de diérèse ignée qui la complètent si avantageusement. Chassaignac, MM. Verneuil et Trélat, plus près de nous, vont à la recherche du décollement après l'ouverture de l'abcès, ils le sectionnent et évitent ainsi la formation de la fistule. C'est cette pratique que M.

(1) *Archives gén. de médecine,* 1886, décembre.

Reclus recommande énergiquement et qu'il emploie, pour son compte, avec succès depuis huit ans. Il ne faut pas, en effet, compter sur la guérison spontanée des abcès de la marge de l'anus; si on l'observe en réalité pour des abcès tubéreux tout à fait superficiels, jamais ou presque jamais il n'en est ainsi des autres.

On ouvre l'abcès par une petite ponction; il suppure pendant quelques jours, puis se ferme ou semble se fermer pour se rouvrir bientôt et une fistule s'établit, prolongeant ses diverticules en diverses directions, à chaque poussée accompagnée de rétention transitoire de pus.

Puisqu'il est démontré que tout abcès de la région ano-rectale (sauf les tubéreux) est une fistule en puissance, il faut adopter la ligne de conduite suivante : Ponctionner l'abcès au thermo-cautère, le vider, puis, par l'orifice, introduire une sonde cannelée que l'on pousse dans la direction du décollement. On incise alors celui-ci et on cautérise toute la surface de la partie purulente en réséquant au besoin les lambeaux flottants trop amincis. On fait un large lavage antiseptique et on laisse la cicatrisation s'opérer lentement de la profondeur à la superficie.

Traitement des kystes synoviaux à grains riziformes. — Nature de ces tumeurs.

Pendant longtemps la thérapeutique chirurgicale était, pour ainsi dire, désarmée devant ces singulières affections. Aujourd'hui, des méthodes précises et radicales permettent d'en obtenir la guérison. M. le Dr Terrillon vient d'en rapporter (1) un nouvel exemple dont le résumé peut indiquer la marche à suivre en pareil cas.

Un homme vigoureux, de 32 ans, présentait une tuméfaction limitée à la gaine synoviale du long fléchisseur du pouce droit ; la fluctuation évidente, la crépitation spéciale permettaient de faire le diagnostic de kyste à grains riziformes. M. Terrillon pratiqua, après anesthésie et ischémie préalable par la bande d'Esmarck, une incision longitudinale sur la partie saillante du kyste en dedans de l'artère radiale. Il s'écoula un liquide filant, rosé, contenant des grains riziformes aplatis, lenticulaires, recouverts de petites fongosités rougeâtres. La paroi de la gaine et la surface du tendon, tapissées de végétations rougeâtres, furent soigneusement grattées avec une curette d'acier, puis lavées au moyen d'un tampon de coton imbibé de sublimé au 1/2000. Drainage, suture de la plaie au catgut, pansement à la gaze iodoformée et au coton hydrophile. Au bout de dix jours le malade était guéri et quelques séances de massage et d'électricité rendaient aux muscles de la main leur mobilité et leur vigueur.

La nature des grains riziformes a fait longtemps l'objet des recherches des anatomo-pathologistes. Il y a bientôt deux ans, M. le Dr Nicaise et M. Poulet constataient la présence de cellules géantes dans ces grains riziformes et dès ce moment on soupçonnait leur nature tuberculeuse. Aujourd'hui, cette hypothèse paraît se justifier de plus en plus. M. le Professeur Trélat, dans cinq ou six cas, a pu constater nettement la présence des cellules géantes.

Les fongosités du malade de M. Terrillon ont été inoculées à un lapin et cet animal est mort manifestement tuberculeux.

Nous observons en ce moment même un homme qui, sur le côté d'un genou atteint d'arthro-synovite tuberculeuse, présente un kyste à grains riziformes, ne communiquant pas avec la jointure; cette coïncidence semble montrer la relation évidente qu'il y a entre les deux formes d'une lésion dont l'origine est unique.

(1) Société de chirurgie, décembre 1886.

Traitement chirurgical des hernies épigastriques et ad-ombilicales (1).

Tous nos classiques modernes semblent condamner ou au moins négligent de discuter l'intervention utile à la cure de ces sortes de hernies. M. le Dr Terrier est entré dans une nouvelle voie et a tenté d'appliquer à ces sortes de hernies les méthodes nouvelles de cure radicale. Quatre fois il est intervenu, il n'a eu aucun décès à déplorer; un des malades n'a plus vu reparaître sa tumeur, bien qu'auparavant elle fût considérable. On peut observer sur la ligne blanche des hernies purement graisseuses dépourvues de sac herniaire ; dans d'autres cas, au milieu de la tumeur graisseuse, on trouve un canal fibreux continu avec la cavité péritonéale, et qui n'est autre chose qu'un ancien sac herniaire ; enfin, on peut rencontrer des hernies classiques contenant de l'épiploon seul, cas le plus fréquent, ou de l'épiploon accompagné d'intestin ; ces hernies peuvent être réductibles ou irréductibles par adhérences avec la paroi du sac. Ces sortes de hernies sont le plus souvant gênantes non seulement par leur volume qui peut rendre la contention difficile et les mouvements pénibles, surtout chez les personnes qui sont astreintes à des travaux de force ; mais encore, chez la plupart des malades, la hernie produit des tiraillements douloureux du côté de l'épigastre ou de l'estomac, des troubles digestifs et un ensemble de malaises que la contention par un bandage, d'ailleurs difficile à réaliser, ne combat que très imparfaitement. En présence de ces diverses raisons, M. Terrier propose d'adopter la ligne de conduite suivante : opérer les hernies dites graisseuses de la ligne blanche qui déterminent des troubles digestifs ; traiter comme toutes les autres hernies, les hernies épiploïques intestinales ou mixtes en pratiquant les manœuvres de cure radicale, kélotomie, excision du sac herniaire, avivement de l'anneau et suture de la paroi abdominale et de l'anneau. Sans entrer dans les détails de la technique opératoire, voici les résultats obtenus par MM. Terrier, Czerny, Reverdin, Ranks dans les cas qu'ils ont opérés. Toujours les malades ont été débarrassés des douleurs, des troubles gastro-intestinaux qui les tourmentaient. Dans plusieurs cas, la hernie s'est reproduite, mais elle était très facile à contenir et ne donnait lieu à

(1) *Rev. de Chirurgie*, 1886.

aucun phénomène morbide. Dans plusieurs faits, la guérison a été radicale.

Traitement des Pseudarthroses de l'enfance (1)

Une jeune fille de 16 ans, se présente dans le service de M. le professeur Verneuil avec une pseudarthrose flottante de la jambe gauche au tiers inférieur. Dans le tout jeune âge ce membre avait été cassé, la fracture ne s'était pas consolidée et les appareils orthopédiques les mieux combinés n'avaient pu ramener la solidité du membre. La jambe tout entière présentait des altérations de nutrition des plus remarquables, la longueur était de 10 centimètres inférieure à celle du côté opposé ; le tissu graisseux, notablement épaissi, voilait les saillies musculeuses, l'articulation était peu active et chaque hiver de nombreuses ulcérations ayant l'aspect d'engelures témoignaient de l'inactivité de la nutrition. On pouvait, de plus, constater que les extrémités osseuses, au voisinage de la pseudarthrose allaient en s'amincissant, se terminer en pointe, et n'étaient réunies les unes aux autres que par un trousseau de tissu fibreux long de 4 à 5 centimètres. Tous ces faits décidèrent le chirurgien de la Pitié à pratiquer l'amputation de la jambe au-dessus de la pseudarthrose, opération qui réussit complètement.

M. le Dr Nepveu qui présente l'observation à la Société de chirurgie, a pu rassembler dans la littérature médicale onze faits semblables ou analogues ; leur analyse montre combien toutes les méthodes de traitement employées dans le traitement des pseudarthroses de l'adulte, sont vaines quand il s'agit de ces lésions chez l'enfant. Il semble, en effet, que la non consolidation d'une fracture de l'enfance amène fatalement dans le membre blessé des lésions dégénératives non seulement sur l'os même, mais aussi sur les parties molles. Il semble même que la continuité parfaite de l'os soit nécessaire pour le bon équilibre nutritif du membre. Dans tous les cas connus où on a essayé le frottement des fragments, le séton, on n'a eu aucun succès ; la résection pratiquée quatre fois, d'une façon assez précoce par Volkmann n'a donné aucun résultat.

L'amputation du membre non pas au niveau, mais au-dessus de la lésion est donc la seule opération logique, dans les pseudarthroses de l'adolescence consécutive à une fracture non consolidée de l'enfance.

Traitement des goîtres parenchymateux et fibreux par les injections interstitielles de teinture d'iode (2).

Depuis quelques années, l'extirpation des tumeurs du corps thyroïde a occupé une notable place dans la chirurgie. Mais, outre que cette opération n'est ni des plus bénignes, ni des plus faciles à exécuter, les accidents nutritifs, qui l'ont suivie, dans plusieurs cas, ont engagé un certain nombre de chirurgiens à y renoncer. C'est pourquoi l'on revient peu à peu à une méthode proposée dès 1863 par Luton (de Reims), méthode qui, pratiquée régulièrement, a donné d'assez heureux effets. M. Terrillon vient de reprendre la méthode de Luton et il a pu déjà rassembler un certain nombre de cas qui montrent ses bons résultats. Le mieux est d'employer la teinture d'iode pure du Codex ; ce liquide, en effet, n'a pu produire d'accidents phlegmoneux, semble-t-il, que lorsque l'on n'a pas suivi les préceptes d'une rigoureuse antisepsie.

Pour faire l'injection, il faut suivre les prescriptions que nous résumons ici brièvement : laver soigneusement à l'alcool la peau de la région thyroïdienne ; flamber la canule *dorée* qui doit servir à l'injection ou au moins la faire tremper quelques instants dans l'eau bouillante. Alors, après avoir engagé le patient à retenir son expiration, à faire un certain effort, ce qui détermine le gonflement de la tumeur thyroïdienne et fait saillir les veines superficielles qu'il faut éviter, on détermine par une palpation minutieuse, le point où doit être pratiqué l'injection. Ce point ne doit présenter aucun battement artériel. On plonge alors profondément la canule au lieu d'élection ; chez les sujets *gras il* faut avoir soin qu'elle soit positivement arrêtée dans un tissu résistant, c'est le signe qu'elle a pénétré en bon lieu.

Une fois la canule en place, il est bon de dévisser la seringue afin de voir s'il s'écoule du sang ou de l'eau, ce qui indiquerait que l'on a pénétré dans un vaisseau important ou dans la trachée ; il faudrait alors faire une nouvelle ponction.

On injecte alors, suivant le volume de la tumeur, soit 0,50 centigr., soit 1 gramme de teinture d'iode. Dans les goîtres volumineux, Mackensie fait dans la même séance deux ponctions sans le moindre inconvénient. Une fois la canule retirée, on ferme la petite plaie à l'aide de collodion iodoformé. Il est bon de ne faire d'injection que tous les huit jours. Généralement cette petite opération ne provoque qu'une douleur peu intense ; parfois elle s'accompagne d'irradiations vers l'oreille, d'étourdissements, d'une sensation de déchirure dans la région thyroïdienne avec irradiation vers l'épaule. En général, les accidents parfois funestes que l'on a reprochés aux injections interstitielles d'iode sont attribuables à toute autre cause dans chaque cas particulier. Certaines syncopes terminées par mort subite ne paraissent en somme que de purs phénomènes réflexes très exceptionnels d'ailleurs, et qui n'ont rien de spécial, ni à la nature du liquide, ni au corps thyroïde lui-même.

Après l'injection interstitielle, il se fait, au point injecté, une tuméfaction douloureuse, un gonflement en général peu accusé qui dure trois ou quatre jours, puis survient la période de résolution qui se fait lentement et qui laisse à la fin un noyau d'induration produit par la sclérose du tissu fibreux.

Pour M. Terrillon, l'action de la teinture d'iode est certaine et favorable surtout dans le traitement du goître parenchymateux simple, mollasse et pseudo fluctuant ; elle paraît agir comme irritant local

(1) *Soc. de chirurgie*, Décembre 1886.

(2) *Arch. gén. de méd.* Janvier 1887. Dr Terrillon.

et non comme spécifique local. Dans tous les cas qu'il a observés, il n'a eu aucun accident, et, de plus, les tumeurs thyroïdiennes ont notablement diminué.

Dr Barette.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'Assistance médicale des indigents.

A Monsieur le Directeur du journal le *Concours Médical*.

Monsieur et honoré Confrère,

Dans le compte rendu de l'Assemblée générale de l'Union des syndicats (p. 571 du journal), il est question d'un projet d'organisation de l'Assistance médicale, qui serait actuellement déposé. Permettez-moi, je vous prie, d'apporter ma pierre à l'édifice qui doit s'élever. Les défectuosités du service médical des indigents sont une des causes les plus puissantes du désaccord, qui existe trop souvent entre médecins, et un des obstacles à la généralisation des idées, que vous défendez si bien dans le *Concours*.

A mon avis, l'Assistance médicale doit être considérée au double point de vue de celui qui donne les soins, et de celui qui les reçoit.

La faveur ne doit jamais remplacer le mérite. Partout où cela est possible, le concours, les titres scientifiques, et enfin la moyenne des notes des examens passés devant un jury d'Etat, et non plus devant les professeurs de chaque Faculté, feront la base des investitures administratives, de telle sorte qu'en fait le médecin ne dépendrait plus que de la loi et de sa conscience.

Lorsque le concours est impossible, dans les services publics de surveillance, ou d'hygiène, etc., la répartition se ferait dans le sens le plus équitable, mais en laissant toujours la préférence aux capacités constatées par les titres scientifiques.

Enfin, pour les soins à donner aux indigents, à domicile, nous ne voyons aucune raison, à notre époque de libéralisme, pour refuser aux malades le choix de leur médecin, du moment qu'ils le choisissent parmi les praticiens les plus rapprochés, pouvant donner leurs visites au tarif le plus réduit.

Le projet ci-joint répond, je crois, à tous ces desiderata, et c'est pourquoi je prends la liberté de vous le soumettre, etc.

Docteur Vaild,
2588 du *Concours*,

Englefontaine (Nord).

PROJET DE LOI SUR LE SERVICE MÉDICAL DES INDIGENTS.

1° *Indigents traités à domicile.*

Art. 1. Les indigents malades traités à domicile, à la ville comme à la campagne, ont le droit de choisir leur médecin parmi les praticiens les plus voisins de leur localité.

Art. 2. Au commencement de chaque année, déclaration sera faite par l'indigent au médecin choisi, lequel en informera le bureau de bienfaisance. A défaut de déclaration, les choses demeureront dans le même état que l'année précédente.

Art. 3. Les honoraires des médecins seront payés, d'après un tarif établi pour chaque département, par accord commun des conseils généraux et des médecins représentés, s'il y a lieu, par les syndicats, ou autres associations médicales professionnelles.

Art. 4. Une commission, nommée pour cinq ans, par tous les médecins de l'arrondissement, sera chargée d'examiner les bulletins des malades traités à domicile, et d'en faire l'objet d'un compte rendu annuel.

2° *Enfants assistés ou protégés.*

Surveillance des nourrices, écoles, salles d'asiles, etc. — Epidémies.

Art. 1. Les départements seront divisés, après avis des conseils généraux et des médecins représentés par les Sociétés professionnelles, en un nombre de circonscriptions d'importance à peu près égale, et correspondant au nombre des médecins actuellement en exercice.

Art. 2. Les services ci-dessus, dans chacune de ces circonscriptions, seront attribués à un médecin titulaire.

Art. 3. Le choix des circonscriptions une fois établies sera laissé aux médecins, en commençant par les docteurs par rang d'ancienneté, et en finissant par les officiers de santé.

Art. 4. Au cas de vacance pour une cause ou une autre, les circonscriptions seront attribuées aux praticiens les plus voisins, à leur choix, et d'après les mêmes règles qu'à l'art. 3.

Art. 5. Comme pour les indigents traités à domicile, les honoraires feront l'objet d'un tarif à établir par commun accord entre les conseils généraux, et les délégués des médecins.

3° *Hôpitaux et Hospices.*

Art. 1. Le service médical des hôpitaux et hospices appartiendra de droit et par parties égales à tous les docteurs habitant la localité.

Art. 2. Dans les villes importantes, où le nombre des docteurs dépasserait le chiffre de quatre, il sera pourvu au service des hôpitaux et hospices par des concours, et il sera tenu compte des titres scientifiques et de la valeur des études des candidats.

Art. 3. A cet effet, et pour l'avenir, il y aura lieu de mettre à l'étude un projet d'organisation des examens médicaux, par des jurys nationaux indépendants. Il serait tenu compte des notes obtenues par les candidats, et mention en serait faite lors de la délivrance des diplômes.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Sciatique double. — Contracture unilatérale rebelle du triceps sural. — Guérison par le massage.

Guérir un client à coups de poing est assurément le nec plus ultra de l'art économique. Ce procédé « de haute fantaisie » nous a rendu d'incontestables services et nous avons à son acquit plus d'un résultat merveilleux dont l'authenticité bien établie est assurément faite pour troubler le sommeil d'un pharmacien.

Parmi les faits nombreux qui se pressent sous notre plume, nous voulons en citer un seul tout récent qui vient de produire un certain bruit dans

Landernau et mettre en échec toute la sacro-sainte confrérie des apothicaires.

L'individu, ou le patient, si l'on préfère, que nous présentons aujourd'hui au public médical est un honorable marchand de bœufs dont la plus délicate fonction consiste à transformer de la vache maigre en bœuf présentable.

Cette opération distinguée, et mal appréciée des consommateurs, l'appelle constamment dans les marais. Aucun de nos confrères ne sera donc surpris qu'il ait contracté dans son exercice professionnel une sciatique double horriblement douloureuse et de nature rhumatismale. La sciatique double est assez rare dans les Charentes. L'examen de la moelle est cependant négatif, et, s'il y a impuissance motrice, c'est surtout une impuissance douloureuse, beaucoup plus accentuée toutefois dans le membre inférieur gauche.

Il avait été soigné déjà, il y a un an, pour cette sciatique double. Un mois de traitement suivi en avait triomphé sans incidents. Les injections morphiniques et chloroformiques perpendiculaires au nerf, les sudations, les bains sulfureux et les antidiathésiques (iodure de potassium) avaient suffi à la cure. Cette reprise a été singulièrement plus rebelle. Les mêmes moyens durent être appuyés par les sangsues, les vésicatoires et les douches écossaises. Nous nous félicitions déjà du résultat, quand, brusquement, le mollet devint comme du marbre. Le pied, subissant l'impulsion, se trouve porté en équinisme irréductible. Les sangsues, les vésicatoires, les liniments sédatifs, le camphre bromé et l'opium à l'intérieur, tous les bromures et tous les bains de vapeur, les douches, écossaises ou non, tout échoue devant cette contracture exorbitante et absolument douloureuse.

Au bout d'un mois, la situation est la même ; le mollet est induré dans toute l'étendue du triceps sural. Le pied est étendu et rigide comme au premier jour de la contracture. Si nous ne rompons pas ce spasme, le muscle est compromis, passe à l'état graisseux, et notre malheureux client est estropié. L'idée de l'électricité à courants continus nous est bien venue, mais nous n'avons sous la main qu'une machine à induction. Le massage lui-même s'est bien offert à notre esprit ; mais en présence d'une sensibilité exquise siégeant dans le muscle contracturé, nous n'y avions procédé qu'avec timidité et affleurement.

Toutefois, en présence du danger couru par le muscle, nous nous décidons à employer la percussion de haute volée et le pétrissage énergique. C'est la femme du malade que nous chargeons de ce tapotement et de ce pétrissage vigoureux. Nous devons reconnaître qu'elle a rempli cette mission avec résolution et que son poing pendant un quart d'heure matin et soir a fait religieusement l'office d'un maillet. Les jumeaux et le soléaire, saisis délicatement du bout des doigts et des deux mains, ont inexorablement subi chaque fois pendant le temps règlementaire le mouvement de déduction et d'écrasement décrit dans tous les manuels de massage. Au bout de huit jours de ces manœuvres, l'induration commençait à rétrocéder. Un mois après, le malade marchait, mais avec une légère claudication. Aujourd'hui le membre est libre et tous les mouvements sont recouvrés et effectués avec aisance. On peut dire que si le premier terme de certain dicton populaire fait défaut, les deux autres sont absolument vrais et que, si l'honorable transformateur de vache enragée en bœuf comestible n'est pas « ce qu'un vain peuple pense », il est du moins battu et content.

Dr Reignier (de Surgères).

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Courtade, à Outarville, présenté par le docteur Mora, de Bazoches-les-Gallerandes.

M. le Dr Guillemart, à Port-Louis (Morbihan), présenté par le docteur Maréchal, de Brest.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

D'un Ordre des Médecins.

Au moment où la commission désignée par l'Union des syndicats dans la séance du 7 novembre dernier, doit s'occuper de l'importante question de la création d'un ordre des médecins, nous avons pensé qu'il était utile de faire connaître à nos lecteurs le travail publié sur ce sujet par M. le Dr Lasalle (de Lormont), membre de la commission.

Ce travail a été lu dans le courant de l'année dernière, au syndicat départemental de la Gironde. Nous l'empruntons au *Journal de médecine de Bordeaux* (7 mars 1886)

Voici le discours de M. Lasalle :

Messieurs et chers collègues,

Tourmentée du besoin de solidarité et de protection une grande partie du Corps médical a demandé asile à l'Association, puis aux Syndicats.

Les espérances que nous avions mises dans ces deux institutions de défense professionnelle ne s'étant pas réalisées, nous avons accueilli avec enthousiasme le projet Surmay, relatif à la création d'un Ordre des médecins, c'est-à-dire à une organisation qui seule nous paraît capable de donner à la profession médicale les garanties de considération, de défense et de protection qui lui sont indispensables.

Messieurs, vous connaissez tous le travail de notre vaillant et distingué confrère de Ham.

Ce projet, que j'estime bien conçu et très complet, ne satisfait point cependant beaucoup de confrères partisans en principe d'un Ordre des médecins. J'accepte volontiers leurs critiques, mais ils me permettront de leur dire que l'on ne ferait jamais rien en ce monde si l'on se piquait de n'adhérer qu'à la perfection. Il faut savoir se contenter

du bien, même incomplet et mêlé ; c'est encore le meilleur moyen de préparer le mieux.

Je suis d'ailleurs convaincu qu'une fois d'accord sur le principe, nous le serions aisément sur son mode d'application.

Protéger nos intérêts moraux et matériels, maintenir notre dignité et notre considération, tel est, Messieurs, le but que nous voudrions atteindre par la création des Chambres médicales.

Assurément, il n'est pas de médecin digne de ce nom qui oserait ne pas souscrire à un pareil programme. Et cependant, beaucoup de confrères, parmi nos meilleurs, combattent nos idées et repoussent nos projets,

Permettez-moi d'examiner, aussi brièvement que possible, les raisons au nom desquelles ils s'opposent à l'organisation que nous avons l'honneur de défendre.

Nos adversaires, prêtant aux partisans des Chambres médicales l'intention de calquer complètement l'Ordre des médecins sur celui des avocats, s'escriment à faire ressortir les dissemblances profondes qui séparent ces deux professions. Les avocats, disent-ils, gravitent autour de la loi qui est une, du Code dont les articles sont clairs et précis, tandis que les médecins n'ont pas de code déontologique exactement défini, et ils ajoutent, qu'au surplus les Chambres de discipline ne préservent point la corporation des avocats et des notaires d'abus graves et fréquents.

Malgré que cette question d'analogie ou de dissemblance entre la profession de médecin et d'avocat soit d'ordre absolument secondaire dans le débat, je répondrai à nos contradicteurs qu'ils ont tort d'opposer les clartés, l'unité, la perfection des lois aux lacunes et aux obscurités de notre code déontologique.

Nous voyons, hélas ! tous les jours avocats et magistrats se contredire sur les mêmes questions, Cours d'appel réformant des jugements de tribunaux, Cour suprême cassant des arrêts de Cours d'appel.

Mais je ne sache pas que l'Ordre des avocats s'occupe jamais de la façon dont un de ses membres aura interprété tel article de loi. J'ai toujours pensé et je persiste à croire, que leurs Chambres disciplinaires ont pour but essentiel d'assurer la dignité et la moralité professionnelles et j'affirme qu'elles ne toléreraient pas un seul instant ces actes de compérage et de racolage éhontés, hélas ! trop fréquents parmi nous, ces réclames impudentes ou grotesques et autres tristes résultats de notre indépendance, je devrais dire de notre anarchie professionnelle.

Je concède à nos adversaires et je reconnais volontiers que les Chambres de dicipline sont et resteront toujours impuissantes à faire de tous leurs membres des hommes profondément vertueux, mais quelques exceptions ne sauraient rien prouver contre leur utilité et leur influence moralisatrice.

Messieurs, le deuxième, et je puis dire le principal argument que nous opposent nos adversaires leur est fourni par la diversité, la multiplicité des doctrines médicales.

Je pourrais me contenter d'y répondre par la simple énonciation de l'article 3 du titre II du projet Surmay déclarant « que nul ne pourra être inquiété à raison de ses doctrines médicales ». Mais je suis heureux, au contraire, d'aborder de front cette délicate question des doctrines dont usent et abusent nos contradicteurs pour repousser notre organisation.

Voyons leur argumentation :

Ils nous disent : Votre science n'a pas de limites; telle théorie considérée comme une erreur aujourd'hui sera la vérité de demain, etc., etc.

Prenez garde, nous disait récemment un de nos plus distingués collègues de l'Association ; si l'organisation professionnelle que vous rêvez venait à s'accomplir, nous verrions reparaître les homériques disputes de l'ancienne Faculté sur l'antimoine et l'émétique !...

Mais de grâce, Messieurs, qu'ont à faire, je vous le demande, ces sentences prud'hommesques et ces alarmes plaisantes avec les agissements indélicats ou malhonnêtes dont auraient à connaître les Chambres médicales ?

De quel droit supposer que les conseillers d'un Ordre purement professionnel pourraient s'ériger en juges de questions purement scientifiques et inquiéter un confrère à raison de ses doctrines spiritualistes ou matérialistes, organiciennes, vitalistes ou parasitaires, alors que toutes ces doctrines sont rassemblées et vivent en bon ménage dans nos Académies, nos Sociétés, nos Facultés et nos hôpitaux ?

Mais pas d'équivoque, Messieurs, et j'ai hâte de demander aux détracteurs de notre projet s'ils poussent l'aveuglement jusqu'à assimiler aux vraies doctrines médicales, qui toutes ont des représentants honorables ou illustres, des systèmes ou des sectes sans nom qui n'ont que le néant pour principe et l'exploitation de la sottise humaine pour but? Prenons des exemples : voilà des malades atteints de luxation, d'étranglement herniaire, de rétention d'urine de cause mécanique ou toute autre affection dont la guérison est reconnue impossible sans intervention chirurgicale *dans l'immense majorité des cas* ; ces malades ont été vus par plusieurs confrères qui ont unanimement affirmé la nécessité ou l'urgence d'une opération ou de manœuvres chirurgicales, mais ils ont dû se retirer sans avoir pu triompher des résistances du malade ou de la famille. Survient un apôtre d'une secte innommée qui déclare insensé le traitement proposé par les premiers confrères et promet une guérison aussi commode que sûre par l'effet seul des merveilleux globules ou les applications d'électricité bleue ou rouge. Nous avons tous été témoins, Messieurs, de ces faits scandaleux, criminels. Oseriez-vous réclamer leur impunité au nom de l'indépendance et de l'inviolabilité des doctrines ?

Et ne pensez-vous pas, au contraire, que, dans ces cas comme dans beaucoup d'autres, des Chambres de discipline pourraient intervenir utilement au nom de la sécurité publique et mettre un frein aux écarts d'un fanatisme dangereux ou d'une improbité flagrante ?

Les questions de responsabilité médicale trouvent ici leur place et me fournissent un bien sérieux argument en faveur de l'institution que nous préconisons. Avez-vous sérieusement réfléchi, Messieurs, aux conséquences déplorables de la législation actuelle et aux dangers dont elle nous menace à chaque instant dans notre réputation et dans notre fortune ?

Vous avez sans doute tous lu dans l'avant-dernier *Annuaire* de l'Association l'histoire de ce confrère de l'Allier, si étrangement poursuivi et condamné, malgré qu'il ne fût coupable ni de négligence, ni de faute lourde, ni d'imprudence, et vous savez qu'il n'a échappé aux conséquences d'un jugement des plus sévères que grâce à l'interven-

tion énergique de notre Conseil général et de plusieurs des éminents professeurs de la Faculté de Paris. Deux ou trois autres faits à peu près analogues ont été publiés récemment.

Or, ne voyez-vous pas, Messieurs, quelle sauvegarde, quelle sécurité précieuse nous procureraient les Chambres médicales en protégeant le praticien actuellement livré sans défense à l'effrayant arbitraire de juges incompétents ?

J'arrive aux difficultés d'application qu'invoquent nos adversaires pour repousser l'Ordre des médecins. Ils nous accordent volontiers qu'il serait facile d'admonester, de réprimander, de censurer un confrère coupable ; mais comment assurer les effets de la suspension et de la radiation ?

Examinons un peu :

Pour la suspension temporaire, je reconnais qu'elle est d'une application difficile ; aussi j'ai déjà proposé la suppression de cette peine disciplinaire.

Mais quant à la radiation, autour de laquelle nos adversaires mènent si grand bruit, je ne saurais comprendre leur opposition — car cette radiation, ils l'ont comme nous acceptée et votée — cette radiation est formellement inscrite à l'article 13 du nouveau projet de loi sur l'exercice de la médecine... et quant aux pénalités encourues par les médecins radiés qui passeraient outre, elles sont formulées à l'article 16 du titre III et sont d'une sévérité suffisante pour faire réfléchir les plus audacieux.

J'espère que l'antipathie qu'éprouvent nos honorables adversaires pour le projet Surmay n'ira pas jusqu'à leur faire regretter les dispositions tutélaires insérées dans la loi déposée au Parlement.

Messieurs, j'ai encore à répondre à quelques autres critiques formulées contre le projet Surmay.

Je n'ai pas oublié qu'à notre assemblée de mars, notre Secrétaire général disait dans son rapport que notre proposition était au moins inopportune.

« Commencez, nous disait-il, par obtenir gain de cause contre nos ennemis du dehors avant de nous armer contre nous-mêmes. » Je répondrai à notre sympathique collègue que son raisonnement est plus spécieux que juste. Car, remarquez-le bien, Messieurs, dans ce qui concerne les intérêts du Corps médical, tout s'enchaîne, tout se lie étroitement. Si vous voulez un système efficace de répression au dehors, sachez vouloir un système de moralisation au dedans ; ne vous exposez pas à ce qu'on vous dise que le charlatanisme illégal n'est poursuivi par vos vœux que pour faire au charlatanisme légal la part plus belle et plus grande.

Enfin, Messieurs, j'ai à relever une critique plus sévère: on nous a dit que notre projet était une utopie. Une utopie ! Messieurs, cette institution réclamée depuis près d'un siècle par les illustres, comme par les plus modestes représentants du Corps médical ! Utopie, Messieurs, cette institution que préconisait, il y a quelques jours à peine, l'un des plus éminents magistrats de la Cour de Bordeaux ? et permettez-moi de reproduire ici les paroles par lesquelles M. Bruno-Lacombe terminait son remarquable discours sur le secret médical.

« L'institution d'un Ordre des médecins serait digne du Gouvernement de la République qui met son principal honneur à instruire tous les citoyens de leurs droits et de leurs devoirs et à partout assurer le règne de la loi. » Mais ils étaient donc aussi des utopistes et des rêveurs ces deux mille confrères qui composaient le mémorable Congrès de 1845, ce grand concile, comme on l'a appelé, sans exemple dans l'histoire de notre art ? congrès où je vois figurer nos plus grandes et nos plus pures gloires de l'époque : Bouillaud, Serres, Piorry, Velpeau, Tardieu, Orfila, Trousseau, Malgaigne, Henri Roger, etc., congrès où notre Gironde était représentée par des noms connus et estimés de nous tous : Gintrac, Costes, Mabit, Azam, Dubreuilh, etc.

Ah ! laissez-moi vous montrer, Messieurs, avec quel enthousiasme cette grande assemblée adopta la création des Chambres médicales que nos confrères d'aujourd'hui s'obstinent à considérer comme une invention saugrenue et monstrueuse, et permettez-moi de vous lire quelques courts extraits des différents rapports afférents à la création des Chambres de discipline.

D[r] *Cerise*, rapporteur de la Commission no 19 : « Quels seraient les avantages, quels seraient les inconvénients des Conseils de discipline ?

» A cette question, la Commission croit devoir répondre, et elle le fait *unanimement*, en invoquant résolument le principe de la nécessité. L'institution des Conseils médicaux, servant de lien entre le Corps médical et la société, entre le Corps médical et chacun de ses membres, ayant à la fois des fonctions de protection et de moralisation ; une telle institution n'est pas seulement utile, elle est indispensable. » Et plus loin : « Vous avez un désir général, universel, celui de *réhabiliter, tranchons le mot*, la profession médicale ; eh bien ! si vous avez ce désir, ne reculez pas devant le moyen de le réaliser, sûrement, simplement. »

D[r] *Amédée Forget*, deuxième rapporteur de la Commission, n° 9 :

« Les Conseils de discipline sont-ils utiles ?

» Le besoin de leur existence est-il senti par le Corps médical ?

» Pour résoudre cette question, vos commissaires ont dû s'enquérir des réponses faites de tous les points de la France au programme posé par la Commission permanente et ils ont pu s'assurer ainsi que, s'il y avait de l'opposition à ce projet d'institution, cette opposition était partielle, isolée, exceptionnelle ; qu'au contraire, une grande majorité appuyait la création de ces Conseils, les sollicitait comme un bienfait précieux pour la société, livrée sans défense à l'exploitation de l'ignorance et de la mauvaise foi et aussi comme une égide puissante pour la dignité de la profession, etc... » Et plus loin : « Si vous ne présentez pas des conclusions favorables aux Conseils de discipline et si le Congrès médical ne sanctionne pas ces conclusions, le but le plus important à atteindre aura été manqué.»

(*Rapport du D[r] Forget, page* 181.)

D[r] *Garnier*, rapporteur de la Commission n° 10 : « Vous n'attendez pas de moi que je déroule devant vous le triste tableau de nos infirmités professionnelles..., mais ce que je suis heureux de vous dire, c'est que votre Commission est unanime pour les déplorer ; c'est qu'elle a été *unanime* pour reconnaître l'indispensable nécessité qu'il soit établi une institution quelconque qui ait mission d'en connaître et pouvoir de les réprimer. »

(*Rapport du D[r] Garnier, page* 207.)

Enfin, dans son rapport général sur les travaux du congrès, Amédée Latour, l'inoubliable Secrétaire de l'Association générale, disait en face du Ministre, M. de Salvandy :

« Vous avez voté le grand principe des Conseils de discipline auxquels on pouvait substituer la dé-

nomination plus confraternelle de *Conseils médicaux*, vous leur avez donné une institution, un but, des moyens d'action, des garanties de justice et d'impartialité, etc. »

(*Rapport du Dr Amédée Latour, page* 314.)

Je pourrais multiplier ces citations ; mais, outre que je craindrais de fatiguer votre bienveillante attention, celles que je viens de reproduire me paraissent plus que suffisantes pour démontrer avec quelle netteté, quelle énergie, quelle unanimité, les Chambres de discipline furent adoptées par le congrès médical de 1845. Il s'agit maintenant de savoir si ce qui était reconnu comme utile et indispensable à cette époque, n'a plus de raison d'être aujourd'hui et si ces besoins de moralisation, si vivement sentis il y a quarante ans, ne se font plus sentir en l'an de grâce 1886. Comment oser le soutenir, Messieurs, en présence des progrès effrayants du charlatanisme médical, en présence des actes d'indignité professionnelle et des défaillances coupables dont nous sommes chaque jour les témoins ? Et si vous songez aux innombrables fournées de médecins que les Facultés multipliées produisent avec une effrayante fécondité, si vous daignez réfléchir à l'encombrement fatal qui va en résulter, comment pourriez-vous repousser les bienfaits qu'une réglementation tutélaire apporterait dans cette lutte pour la vie qui, sans elle, menace de dégénérer en une entre-mangerie universelle ?

Non, Messieurs, devant un pareil état de choses, vous ne déciderez pas que tout est pour le mieux et qu'il n'y a rien à faire ; vous accueillerez comme nous une réforme qui seule pourrait remédier aux déplorables abus dont nous souffrons et conjurer les dangers qui nous menacent ; comme nous, vous appellerez de vos vœux la création des Chambres médicales.

Et si vous rencontrez des confrères vous disant qu'ils ne repoussent l'Ordre des médecins que parce qu'il ne serait jamais voté par le Parlement, faites à cette étrange objection la réponse que je faisais hier encore à un de nos meilleurs collègues qui me la présentait : « Si vous reconnaissez les avantages indéniables qu'une pareille institution donnerait à notre corporation, commencez donc par la réclamer et la défendre. En un mot, commencez par faire votre devoir, et nous nous efforcerons ensuite d'obtenir que le Parlement fasse le sien. »

NOUVELLES

M. Berthelot, ministre de l'instruction publique, a fourni lundi dernier à la Chambre des députés les renseignements suivants sur l'état de l'enseignement supérieur en France :

Le système de notre enseignement supérieur repose sur seize académies réparties dans la France entière, plus une dix-septième en préparation dans notre grande colonie algérienne. Nous avons, en fait, 15 facultés des sciences, 15 facultés des lettres, 6 facultés de médecine, 13 facultés de droit, 3 écoles supérieures de pharmacie, le tout groupé, d'après les nouveaux décrets relatifs à la réorganisation des Facultés, de façon à tendre vers la constitution de 16 universités, nombre qui ne sera guère inférieur à celui de l'Allemagne. Dans ces établissements, il y a 1,600 personnes chargées de l'enseignement, professeurs, maîtres de conférences, agrégés, chefs de travaux, etc.

L'Allemagne n'en a pas plus de 2,000. L'enseignement est donné à 18,000 élèves environ, chiffre qui ne le cède guère aux 22,000 élèves de l'Allemagne, surtout si l'on observe que la population de la France est plus faible. Voici des détails plus circonstanciés :

Le nombre des élèves était, en 1876, de 7,270 ; il est aujourd'hui de 17,800. Le progrès est surtout frappant dans les Facultés des lettres et des sciences. Les Facultés des lettres ont passé, en dix ans, de 122 élèves à 2,123 ; les Facultés des sciences de 133 élèves à 1,217.

Non seulement ces élèves trouvent des professeurs et des maîtres appropriés ; non seulement ils sont aidés par l'institution de plusieurs centaines de bourses, mais ils rencontrent des bibliothèques, des collections, des laboratoires, des stations d'études zoologiques, botaniques, agricoles, où ils peuvent à la fois faire leur éducation et se livrer à des travaux originaux qui font avancer la science. Ce n'est pas sans grands sacrifices que ces résultats ont été obtenus.

Pour les résumer, le budget de l'enseignement supérieur a été porté de 5,500,000 fr. en 1875 au double, soit 11,382,000 fr. en 1886. Ces sacrifices doivent être continués et poursuivis. Ils porteront leurs fruits non seulement pour le développement de la science pure, mais aussi dans les sciences appliquées, chimie, physique, mécanique, métallurgie, etc., sur lesquelles repose toute notre grande industrie.

Nous n'avons pas seulement multiplié les élèves et les professeurs, nous avons dû reconstruire aussi nos édifices et nos laboratoires. Les Facultés de Bordeaux, Lille, Lyon, Grenoble, Caen, etc., sont déjà reconstruites ; l'École supérieure de pharmacie de Paris a été rebâtie, la Faculté de médecine de Paris est à peu près entièrement reconstruite ; la Sorbonne et le Muséum le sont en partie ; le Collège de France va l'être. Pour ce qui touche les bâtiments, les ressources ont été fournies par des lois antérieures ; nous n'avons pas cette année, de crédits nouveaux à demander. Il n'en est pas de même pour le personnel et le matériel des Facultés : il faut ici de nouveaux sacrifices. Nous avons trouvé les ressources nécessaires dans le rétablissement des droits d'inscription, lesquels nous permettront de poursuivre notre œuvre sans imposer de charge nouvelle au budget.

— Le banquet offert au professeur Dieulafoy aura lieu le jeudi 3 février à 7 heures, à l'hôtel Continental.

Adresser les adhésions à MM. Jean, 17, rue Godot-de-Mauroy.

Giraudeau, 58, Boulevard Malesherbes,

Legrand, interne à St-Antoine. (La cotisation est de vingt francs).

Maladies de l'estomac.— *Hôpital de la Pitié.*— M. le Dr V. Audhoui reprendra ses *conférences cliniques sur les maladies de l'estomac*, le lundi 31 janvier à 9 heures, et les continuera les lundis suivants à la même heure. Visite et examen des malades : salles Trousseau et Rayer.

— Une médaille d'honneur en argent a été décernée à MM. les docteurs Arnaud (de la Jasse) et Raison (de Saint-Gilles), pour le courage et le dévouement dont ils ont fait preuve au cours des épidémies cholériques de 1884 et 1885.

NÉCROLOGIE

A. Nonat, agrégé honoraire de la Faculté de médecine de Paris, médecin honoraire des hôpitaux, décédé à 82 ans.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André, 3.

Neuvième année — N° 6 — 5 Février 1887

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

Leçon d'ouverture du cours de pathologie interne,

Par M. le professeur Dieulafoy.

M. Dieulafoy a toujours joui parmi les étudiants d'une popularité qu'expliquent ses succès brillants et précoces dans les concours, son rare talent d'enseignement, ainsi que son affabilité et sa courtoisie. Quand il était chargé des cours comme agrégé, l'amphithéâtre était plein bien longtemps avant l'heure ; il en était de même, le jour où il a pris possession de la chaire de pathologie interne. M. Dieulafoy a inauguré son enseignement en rappelant ce qu'il doit à ses maîtres, à Trousseau, à MM. Peter, Jaccoud et Potain « qui, par une coïncidence qu'il aime à rappeler, l'ont précédé dans la chaire de pathologie ».

M. Dieulafoy rejette, comme incorrecte et insuffisante, l'ancienne définition de la pathologie interne, « la branche de la médecine qui traite de l'étude des maladies » ; il lui préfère la définition suivante de M. Jaccoud : « La pathologie est la science qui a pour objet l'étude des maladies. »

« Oui, la pathologie, dit M. Dieulafoy, est une science, et une science qui embrasse la médecine tout entière.... Elle prend les maladies à leur début, scrute leurs causes prochaines et leurs causes éloignées, fait connaître leur marche naturelle, analyse leurs signes et leurs symptômes, en dégage le diagnostic et le pronostic, discute et applique le traitement, étudie la lésion et la suit dans toutes les phases de son évolution. »

M. Dieulafoy cite comme exemples des progrès que la pathologie a faits grâce, à l'anatomie pathologique les découvertes de Duchenne (de Boulogne), de Charcot et Vulpian.

Les relations intimes qui unissent la pathologie et la clinique ont été très heureusement indiquées par le professeur.

« Je ne vois pas bien ce que serait un professeur de pathologie qui ne serait pas en même temps médecin d'hôpital, et, en ce qui me concerne, je vous déclare que j'aurais beau lire et compulser tous les documents qui ont trait aux maladies que je dois vous décrire, il me serait impossible d'être bien pénétré de mon sujet, si ce sujet n'était préparé de longue date au lit du malade et si je ne me retrempais continuellement aux sources vivifiantes et toujours inépuisables de la clinique ».

M. Dieulafoy exhorte donc les étudiants à se familiariser dès leurs premières inscriptions avec les applications réciproques de la pathologie et de la clinique. « L'attrait et l'importance des découvertes récentes et l'impulsion donnée à juste titre à certaines branches des sciences médicales ne doivent jamais faire perdre de vue l'étude symptomatique des maladies. »

C'est la séméiologie qui est la seule base solide de l'instruction médicale, et M. Dieulafoy en montre l'importance par quelques exemples cliniques très heureusement choisis : une céphalalgie chez un garçon de 14 ans avait été attribuée tour à tour à une dyspepsie migraineuse, et à un début de méningite tuberculeuse ; une enquête minutieuse démontre qu'elle est causée par des accès nocturnes d'épilepsie syphilitique ; l'examen éclairé des signes stéthoscopiques permet de diagnostiquer l'abondance d'un épanchement pleurétique et, en précisant l'indication formelle de la thoracentèse par aspiration, d'éviter la mort subite ; la constatation du bruit de galop cardiaque, jointe à celle de certains accidents du brightisme sur lesquels M. Dieulafoy a appelé à diverses reprises l'attention (pollakiurie, surdité, doigt mort, cryesthésie, c'est-à-dire, hyperesthésie des jambes, et contractures douloureuses des mollets) empêche de se méprendre sur la nature de certaines fausses chloro-anémies, qui ne sont que des indices du mal de Bright.

Enfin, M. Dieulafoy rend hommage à l'importance de l'étude des micro-organismes. De même que la séméiologie et l'anatomie pathologique, la bactériologie doit désormais tenir une grande place dans l'enseignement de la pathologie.

Un petit incident à signaler : lorsque M. Dieulafoy a fait l'éloge de la bactériologie, des applaudissements très vifs ont souligné ses paroles et ont paru une manifestation dirigée contre M. le professeur Peter, présent dans l'amphithéâtre ; une contre-manifestation en faveur de celui-ci s'est produite presque aussitôt. Ce qui prouve ? — Ce qui ne prouve rien, sinon que les étudiants réunis aiment toujours à *manifester* d'une façon quelconque.

Le thymol contre le tænia.

Les propriétés antiseptiques et germicides du thymol ont fait naître chez plusieurs expérimentateurs l'idée de l'employer comme anthelminthique. Federici l'a donné avec quelque succès aux mineurs du Saint-Gothard atteints d'ankylostome duodénal. Vann (de Florence) a le premier traité et guéri un malade atteint de tænia en lui faisant ingérer 6 grammes de thymol divisés en 12 doses prises tous les quarts d'heure.

M. Numa Campi (il Raccoglitore medico) ordonne le thymol comme tænicide de la façon suivante indiquée dans le journal des *Nouveaux Remèdes* :

Le matin, il prescrit 30 grammes d'huile de ricin, le jour 8 grammes de thymol en douze doses tous les quarts d'heure ; 20 minutes après la dernière dose, il ordonna 20 grammes d'huile de ricin. Quelques minutes après, un tænia medio-cannellata de 3 mètres 1/2 de longueur fut expulsé avec la tête.

Il est important pendant l'administration du thymol de donner au malade un cordial, un stimulant, cognac ou rhum : car le thymol exerce une action déprimante, comme l'ont montré les expériences de Husemann. Même à petites doses, le pouls devient plus faible, fréquent, les mouvements respiratoires et la température s'abaissent. Tous ces effets sont promptement conjurés par l'emploi des stimulants.

M. N. Campi recommande le thymol comme tænicide pour les raisons suivantes : 1. Bien qu'il ait une action déprimante facilement corrigée par l'usage des stimulants, il ne produit aucun trouble de l'estomac ni de l'intestin; 2. En raison de la rapidité et de la simplicité de son administration comparée à celles des autres remèdes, car il n'y a que trois périodes: la première préparatoire, la seconde expulsive, la troisième consécutive; 3. Il est à la fois tænifuge et tænicide; 4. Dans le cas d'une erreur de diagnostic, il purge et désinfecte le canal alimentaire ; 5. On peut supposer que, puisqu'il agit contre le tænia medio-cannellata, qui résiste le mieux à tous les autres médicaments, il rendrait le même service en facilitant l'expulsion des autres vers plats ; 6. Ayant toujours réussi avec l'acide thymique, l'auteur pense que nous possédons en lui un spécifique réel du tænia, qui n'existait pas jusqu'à présent.

L'acide carbonique en inhalations et en injections rectales dans le traitement de la tuberculose et de l'emphysème.

A la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux (28 janvier), M. le Dr Renaud a fait connaître les résultats avantageux qu'il a retirés dans plusieurs cas d'emphysème pulmonaire avec catarrhe d'injections rectales d'acide carbonique pur. La dyspnée et la toux seraient surtout rapidement diminuées. La dose d'acide carbonique a été d'un litre par chaque lavement et un lavement chaque jour seulement a été donné. Malheureusement, les observations apportées par l'auteur sont bien peu nombreuses pour permettre une conclusion.

M. le Dr *Maurice Dupont*, qui s'occupe particulièrement d'aérothérapie et a consacré sa dissertation inaugurale, en 1862, au traitement de la phthisie par les inhalations d'acide carbonique, vient de rappeler dans le *Bulletin de thérapeutique* (25 janvier 1887) l'origine de cette médication et d'indiquer les raisons pour lesquelles il ne croit pas le procédé d'introduction par lavements que préconise M. Bergeon (de Lyon) supérieur aux inhalations. Car d'après M. Dupont, ce qui est le plus efficace dans les lavements gazeux de M. Bergeon, c'est l'acide carbonique et non l'hydrogène sulfuré.

M. le docteur Bergeon, dit M. Dupont, vient de ressusciter une méthode thérapeutique dont l'origine remonte au siècle dernier. Les lavements gazeux d'acide carbonique ont été employés surtout en Angleterre ; c'est Priestley qui conseilla d'administrer l'*air fixe*, non seulement par la bouche, mais aussi en lavement, pour atteindre plus directement, disait-il, les matières putrides. L'acide carbonique fut employé comme antipudride dans les fièvres continues, le scorbut, la fièvre jaune. On employait au début des mélanges effervescents (carbonates alcalins et jus de citron) ; c'était la potion de Rivière aujourd'hui en usage. Puis on utilisa l'acide carbonique en nature.

Priestley écrivait : « Les médecins pourraient se servir avec succès de l'*air fixe* dans bien des maladies putrides, d'autant mieux qu'on peut l'administrer sous forme de *lavement*, ce qui le mettrait en contact immédiat avec la matière putride. Il n'y a pas à craindre qu'il cause trop de distension de l'intestin, puisqu'il est absorbé si promptement par toute substance fluide ou humide. » Ces lignes indiquent bien que la découverte des lavements gazeux, si découverte il y a, remonte à Priestley.

Voyons maintenant les applications.

Percibal, le premier, appliqua les lavements gazeux d'acide carbonique dans le traitement de la phthisie, et par son autorité contribua beaucoup à propager cette méthode. Percibal administrait l'acide carbonique en *lavement* soit en nature, soit en dissolution dans l'eau. Hey, Dobson, confirmèrent les résultats obtenus dans le traitement de la phthisie, au moyen des lavements gazeux. On peut dire que l'acide carbonique eut à cette époque une vogue énorme ; on prescrivait l'acide carbonique dans la petite vérole, les angines ulcéreuses, les fièvres continues.

Mais ce fut surtout la phthisie qui bénéficia de la méthode ; l'acide carbonique était regardé comme antiputride et comme calmant. Bedoes, Dobson admettaient que l'acide carbonique agissait en diminuant la proportion d'oxygène dans le sang des phthisiques ; ils recouraient ainsi à ce qu'on a appelé depuis la *diète respiratoire*. Les travaux de Macbride (1776, *Essais d'expériences*), Percibal (1768, *Use of fixed air*), Priestley (*Experiences of differents Kings of air*), mentionnent les résultats favorables obtenus au moyen de l'introduction de l'acide carbonique dans le traitement de la phthisie, c'est-à-dire la diminution de la toux, de l'expectoration, de la dyspnée, l'amélioration de l'état général, le retour du sommeil. Cette médication empirique se rattache à la respiration dans les étables.

La méthode des lavements gazeux n'a donc absolument rien de nouveau, et il faut reconnaître que le manuel qui avait toute chance de réussite du temps de Molière, où le clystère était en honneur, rencontrera aujourd'hui, parmi les délicats du dix-neuvième siècle, quelque répugnance de la part du médecin et des malades. »

M. Dupont reconnaît des propriétés thérapeutiques au gaz acide carbonique, mais il préfère à la méthode des injections rectales l'absorption directe de l'acide carbonique par les voies respiratoires.

« S'il y a dans l'économie un lieu d'élection pour l'échange des gaz, c'est sans contredit la surface respiratoire qui s'y prête le mieux ; son développement, son étendue, sa destination physiologique naturelle, tout plaide en faveur de l'introduction directe des médicaments gazeux par le poumon.

Ce procédé d'absorption est le plus pratique et n'offre aucun inconvénient ; de plus, il offre les mêmes avantages. Il permet de faire absorber jusqu'à 60 litres d'acide carbonique pur dans les vingt-quatre heures, et non seulement les 4 litres que M. Bergeon administre par le rectum.

M. Dupont a toujours constaté une amélioration notable chez les tuberculeux par les inhalations d'acide carbonique. Il fait d'ailleurs respirer à tous les malades atteints d'affection des voies respiratoires (bronchite catarrhale, emphysème, asthme, phthisie) un mélange, composé de un quart d'acide carbonique et de trois quarts d'oxygène pur.

En résumé, d'après M. Dupont, de la méthode de Lyon, il faut retenir les propriétés de l'acide carbonique pur. L'acide carbonique est antiseptique ; il est donc indiqué pour combattre la septicémie tuberculeuse. L'acide carbonique est anesthésique ; il calme la toux, les douleurs provoquées par des ulcérations du larynx, amène le sommeil. L'acide carbonique est un aliment d'épargne ; il ralentit les oxydations et abaisse la température. L'acide carbonique est un stimulant des organes digestifs ; il provoque les mouvements péristaltiques de l'estomac et de l'intestin.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er février.

M. Proust a lu, au nom du professeur *Cantani* (de Naples), une note sur **les résultats obtenus à Naples par la méthode Pasteur.**

En avril 1886, M. A. di Vestea, préparateur de bactériologie à l'Institut clinique de Naples, venait à Paris s'initier à la méthode. Il emportait des lapins inoculés avec le virus fixe, organisait des séries d'inoculations aux animaux et dès le mois d'octobre commençait les inoculations prophylactiques après morsures chez l'homme.

Jusqu'au 29 janvier, 78 personnes ont été reçues à l'Institut, 69 d'entre elles ont accompli le traitement complet. Tous les traités se trouvent jusqu'à présent parfaitement bien. Chez un homme mordu et *non inoculé* qui est venu mourir à la clinique, on a observé la forme paralytique de la rage.

Inflammation puerpérale des sinus utérins propagée aux veines utéro-ovariennes et rénales, puis à l'artère rénale, à l'aorte, à l'artère iliaque et à la fémorale.

M. *Lancereaux* montre les pièces anatomiques desquelles il ressort qu'une femme récemment accouchée ayant eu une phlébite utérine, puis une phlegmatia alba dolens, présenta successivement les signes d'un infarctus pneumonique, puis une ischémie artérielle complète des membres inférieurs avec commencement de sphacèle.

L'autopsie montre que la filiation des accidents a été la suivante : phlébite des sinus s'étendant aux veines utéro-ovariennes, puis aux rénales d'une part et de l'autre par les hypogastriques aux iliaques internes et aux veines caves ; en outre, fait qui n'a encore jamais été signalé, propagation de la phlébite aux artères. En effet, au point où la veine rénale croise l'artère, on a trouvé dans celle-ci un caillot qui s'étendait jusqu'à l'aorte et redescendait dans celle-ci de haut en bas suivant la direction du courant sanguin.

La lésion pulmonaire était une pneumonie suppurée par embolie probablement septique. Tous ces faits sont de nature à rendre très vraisemblable l'existence d'un agent infectieux, mais M. Lancereaux n'a pu le déceler.

La propagation de la phlébite aux artères s'est faite soit par contact; soit par les capillaires.

De la désinfection à bord.

M. *Proust* a proposé depuis longtemps de substituer aux quarantaines interminables des mesures d'assainissement et de désinfection pendant la traversée, sous la surveillance d'un médecin instruit, indépendant des compagnies, nommé par le gouvernement.

Ce qui vient de se passer sur le *Mytho* établit que la désinfection à bord n'est pas seulement une mesure théorique, mais qu'elle peut être complètement réalisée.

En effet, récemment le transport *Mytho* ramena des convalescents et l'on peut juger comment les mesures d'assainissement ont été effectuées. Le *Mytho* était monté par 327 hommes d'équipage. Le nombre des passagers, à destination de la France, s'élevait à 528, dont 93 convalescents. Dix décès se sont produits pendant le passage. Aucun de ces décès n'a été causé par le choléra. A chaque décès, les

mesures les plus rigoureuses de désinfection ont été appliquées à tous les objets de literie. L'hôpital, les chambres des passagers, tous les postes du navire ont été soumis à une scrupuleuse propreté et à de fréquents lavages au moyen du chlorure de chaux. Bref, le médecin s'en est référé au projet de règlement adopté par le Comité d'hygiène.

A l'arrivée à Marseille, le médecin du lazaret a constaté sur le *Mytho* une absence de méphitisme et une propreté devant être attribuées à l'application journalière des prescriptions d'hygiène. Le directeur de la santé a constaté à son tour une tenue irréprochable du bâtiment et des personnes. L'étuve était parfaitement entretenue, comme les bouilloires pour les linges des malades, comme les salles de bains. Le directeur a pensé qu'il n'y avait pas lieu dès lors de renouveler à l'arrivée des opérations déjà faites et bien faites pendant la traversée, et il a donné immédiatement la libre pratique.

Cet exemple est important. Il montre que les mesures d'assainissement à bord peuvent être substituées aux quarantaines. Il faut seulement de la bonne volonté et de la fermeté de la part des armateurs et des Compagnies de navigation. Dans ces conditions, l'isolement à l'arrivée ne sera plus prescrit que dans les cas tout à fait exceptionnels...

La présence dans ces dernières années du choléra à bord d'un certain nombre de navires provenant de l'Extrême-Orient, la façon dont les autorités anglaises interprètent les conditions sanitaires des ports indiens (Bombay, Calcutta), l'absence de valeur à accorder aux patentes délivrées sur de pareilles bases, rendent tout à fait indispensable la pratique à bord des mesures d'assainissement et de désinfection.

Une inspection médicale sérieuse à Suez, et des mesures d'assainissement et de désinfection adaptées à l'état des navires, sont également nécessaires.

Les ports principaux qui, depuis dix ans, ont donné lieu à l'exportation du choléra par des navires venant de l'Extrême-Orient vers l'Occident et qui, par suite, doivent être l'objet d'une surveillance plus attentive dans les ports de l'Inde anglaise sont : en première ligne Bombay, puis Calcutta, Moulmain et Basseim (Birmanie anglaise), Kuratchi (aux bouches de l'Indus), Saïgon (Cochinchine française) et quelques autres parties des possessions françaises de l'Extrême-Orient.

Enfin, plus récemment, en 1885, les deux grands ports de la Chine et du Japon, Sanghaï et Yokoham.

Les provenances de certaines régions de l'Amérique du Sud, si souvent déjà suspectes au point de vue de la fièvre jaune, doivent être également surveillées en ce moment au point de vue du choléra.

M. le professeur Panas a commencé sur la nutrition de l'œil une communication qu'il achèvera dans la prochaine séance.

M. *Prunier* a été nommé membre titulaire dans la section de pharmacie.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr CHARNAUX, à Vichy (Allier), présenté par le docteur Grellety, de Vichy.

M. le Dr RABAINE, à Blaye (Gironde), présenté par le docteur Martin, de Saint-Denis-de-Piles.

MALADIES DES VOIES URINAIRES

Technique de la taille hypogastrique.

On sait que l'ouverture de la vessie par l'hypogastre, après avoir eu un moment de vogue au commencement de ce siècle, était à peu près complètement tombée en désuétude, quand tout à coup, il y a 4 ou 5 ans, on la vit reprendre faveur après que des perfectionnements importants furent apportés au mode opératoire. En même temps ses indications se multiplièrent. On peut dire qu'aujourd'hui la taille hypogastrique est d'une exécution relativement facile et d'une innocuité presque absolue, mais à la condition que le chirurgien observe scrupuleusement un grand nombre de précautions dont chacune a son importance et qui, réunies, assurent le succès. Ces progrès sont dus surtout à l'initiative du Professeur Guyon, dont nous nous proposons de retracer ici la manière de faire. Nos lecteurs nous pardonneront d'insister sur certains détails qui peuvent paraître inutiles et même puériles, mais dont l'utilité éclate au cours de l'exécution. Tout praticien familiarisé avec la chirurgie doit pouvoir aujourd'hui faire la taille hypogastrique, opération qu'il faut bien connaître non seulement parce qu'elle est excellente, mais parce que souvent elle est commandée d'urgence.

La taille hypogastrique étant décidée, il est inutile de faire suivre au malade un traitement préparatoire à proprement parler. On assurera seulement la vacuité du rectum par un purgatif administré la veille et surtout par un lavement le matin même. Dans quelques cas un bain savonneux préalable ne sera pas superflu.

Toutes les précautions qu'exige la méthode antiseptique sont observées par le chirurgien et ses aides (lavages phéniqués des mains et des instruments, vêtements de toile rigoureusement propres, pulvérisation phéniquée, si possible, etc.) La région hypogastrique, rasée et savonnée, est ensuite lavée largement avec une solution d'acide phénique à 5 %. Le malade une fois anesthésié, la vessie est vidée, puis irriguée avec une solution d'acide borique à 4 % ; la sonde à employer est une sonde métallique courbe munie d'un robinet ; dans les cas où le cathétérisme avec un instrument rigide présenterait de grandes difficultés, une sonde de gomme qu'on boucherait avec un fausset pourrait y suppléer. Une ligature élastique placée sur la verge et fixée à l'aide d'une pince à forcipressure empêchera le reflux du liquide entre la sonde et l'urèthre ; mais à ce moment on n'injecte que peu de liquide dans la vessie ; puis on introduit dans le rectum un ballon de caoutchouc, dit ballon de Petersen, terminé par un tube de caoutchouc sur le trajet duquel est interposé un robinet métallique. Ce ballon, roulé en forme de fuseau et enduit de vaseline, est poussé doucement jusque dans l'ampoule rectale ; un doigt introduit dans l'intestin s'assure qu'il n'est pas replié.

Par le tube qui pend à l'extérieur, on injecte une quantité de liquide égale à la capacité connue d'avance du ballon et qui varie de 300 à 600 grammes. A ce moment seulement, le chirurgien s'occupe de *remplir* la vessie d'une solution boriquée ; il doit se charger lui-même de ce soin, pousser lentement par petits coups et sans saccades et interroger, en suivant le piston de la seringue,

la résistance de la vessie ; celle-ci, trop distendue, pourrait se rompre non seulement pendant l'injection, mais quelque temps après, sous l'influence de ses propres contractions ; aussi est-il impossible de fixer à l'avance la quantité de liquide à introduire. Ce ne sont pas des chiffres, mais l'observation des phénomènes physiologiques qui guideront ici le chirurgien. Ordinairement, d'ailleurs, on voit le globe vésical se dessiner au-dessus du pubis, la main en perçoit les contours, et, au moment où on constate que le sommet de la vessie est situé à égale distance du pubis et de l'ombilic, le piston de la seringue n'avance plus qu'avec peine et souvent même est repoussé doucement ; la quantité de liquide injecté varie entre 250 et 450 grammes, d'après nos observations ; mais, nous le répétons, il n'y a rien de fixe à cet égard et une quantité beaucoup moindre pourra être dangereuse dans certains cas. Le robinet de la sonde est ensuite fermé.

On procède alors à la division des téguments ; presque tous les chirurgiens aujourd'hui ont abandonné le thermo-cautère ; le saignement est, en effet, insignifiant et les eschares produites par le feu constituent une barrière peu sûre contre l'infiltration. A l'aide du bistouri on pratique sur la ligne médiane une incision dans la moitié inférieure de l'espace pubio-ombilical ; l'extrémité inférieure s'arrête au niveau du bord supérieur du pubis jalonné d'avance ; la longueur totale, variable suivant l'adipose du sujet et la manœuvre intra-vésicale qu'on se propose est en général de 8 à 10 centimètres. La couche cellulo-adipeuse est divisée lentement ; les artérioles, très rares, sont saisies par une pince. L'incision de l'aponévrose met à nu les muscles grands droits dont il est inutile de chercher l'interstice, qu'on aperçoit rarement d'ailleurs. On passe ainsi le plus souvent à travers le muscle ; quelquefois on aperçoit dans l'angle inférieur de la plaie le pyramidal qu'il est facile d'éviter ; puis le fascia transversal apparaît sous forme d'un plan celluleux mince ; il est saisi entre les mors d'une pince, et on pratique au bistouri une petite incision à sa partie inférieure ; on voit saillir alors la masse graisseuse qui le double et dont la coloration jaune beurre frais, tout à fait caractéristique, est un précieux point de repère. Dans la boutonnière faite au fascia, le chirurgien introduit l'index recourbé et en le ramenant vers l'angle supérieur de la plaie, achève la déchirure du fascia et divise à la fois tout le peloton graisseux ; si, par exception, le cul-de-sac péritonéal n'avait pas suivi le sommet de la vessie pendant son ascension, cette manœuvre permettrait de le relever ; elle met donc à nu de la façon la plus positive la face antérieure de la vessie.

Celle-ci apparaît sous forme d'un globe blanc bleuâtre sillonné de veines plus ou moins volumineuses, tendant à faire saillie entre les lèvres de la plaie et semblable, pour nous servir d'une comparaison familière à M. Guyon, à la tête du fœtus se présentant à la vulve. Si caractéristique que soit cet aspect, il est bon néanmoins de sentir à travers la vessie l'extrémité du cathéter métallique ; des observations ont été rapportées dans lesquelles le ballon rectal était remonté au-dessus de la vessie et avait refoulé l'intestin contre la paroi abdominale antérieure ; il faut avoir présente à l'esprit la possibilité d'un tel accident, surtout chez les enfants. Avant d'ouvrir la vessie, il est prudent de maintenir dans la plaie, pendant une minute ou deux, une petite quantité d'une solution forte d'acide phénique qui assure une antisepsie parfaite et facilite l'hémostase ; puis on éponge. L'index gauche est porté dans l'angle supérieur de la plaie et, immédiatement au-dessous de son doigt, le chirurgien plonge le bistouri dans le globe vésical et prolonge son incision jusqu'à l'angle inférieur, sans trop se préoccuper des veines prévésicales. Tout d'abord une hémorrhagie assez abondante se produit, mais elle dure à peine quelques secondes et s'arrête d'elle-même aussitôt que la vessie est vidée et par conséquent décongestionnée. Quelquefois on voit une artériole ou deux sur lesquelles on place une pince, puis immédiatement le chirurgien transfixe chaque lèvre de la plaie vésicale, à son milieu, avec une aiguille courbe qui lui sert à relever la paroi vésicale et à empêcher un décollement de cette paroi antérieure pendant les manœuvres consécutives.

A ce moment on vide le ballon rectal et on le retire ; sa présence servirait, il est vrai, à soulever la vessie, mais formerait une saillie médiane, creuserait deux gouttières latérales et modifierait désavantageusement le champ opératoire. Pour rendre celui-ci plus accessible, on place dans l'angle supérieur de la plaie une valve en forme de spéculum de Sims écourté, imaginée par M. Bazy.

On peut ainsi, sans craindre de déchirure, maintenir largement béante la partie supérieure de la plaie vésicale, tandis que les fils suspenseurs en écartent les bords latéraux. La cavité est largement découverte, on peut non seulement explorer avec le doigt, mais *voir* la muqueuse. Si le temps est clair, si l'on peut disposer d'un rayon de soleil, cet examen est possible, mais il est singulièrement facilité par l'emploi d'une petite lampe électrique. On en a fabriqué une toute petite d'un modèle des plus pratiques à l'aide de laquelle on projette une quantité considérable de lumière.

Nous ne pouvons continuer ici une description générale, car les manœuvres diffèrent suivant qu'on a affaire à un calcul, à un néoplasme, à une cystite douloureuse ou tuberculeuse, etc., un exposé détaillé nous entraînerait trop loin aujourd'hui. Pour un calcul la manœuvre est généralement simple : des tenettes ordinaires, ou articulées à la manière d'un forceps, permettent de saisir le calcul ou de le mobiliser et de le présenter suivant son plus petit diamètre à la boutonnière vésicale; la nécessité de fragmentation est tout à fait exceptionnelle. S'il s'agit d'une tumeur, des serre-nœuds, des pinces curettes, des curettes tranchantes, le galvano-cautère concourent à l'exérèse qu'il sera toujours bon de terminer par une application de thermo-cautère ; ailleurs un simple grattage, un pansement des surfaces malades suffira ; ailleurs encore on se bornera à l'ouverture pure et simple de la vessie ; nous nous réservons de revenir plus tard sur ces indications multiples de la taille hypogastrique ; nous ne rappellerons aujourd'hui que la nécessité d'un examen minutieux de la vessie ; à l'aide d'éponges montées, d'écarteurs divers, de dépresseurs en forme de longue spatule, de T renversé, etc., on peut presque toujours reconnaître le col, l'embouchure des uretères, et presque toutes les régions de la vessie ; on peut surtout se rendre compte de la rougeur et de la vascularisation plus ou moins grandes de la muqueuse, des ulcérations, des productions néoplasiques, et . Cet examen conduit à d'utiles déterminations thérapeutiques, sans parler du haut intérêt qu'il présente au point de vue physiologique.

Il est rare qu'on ait à lier des vaisseaux après l'enlèvement des pinces à forcipressure : si une ar-

tériole donnait on ferait une ligature perdue avec du catgut ou de la soie phéniquée.

Doit-on pratiquer la suture de la paroi vésicale ?

En Allemagne, cette suture est généralement employée ; il n'en est pas de même chez nous. Abstraction faite des difficultés quelquefois extrêmes de ce temps opératoire, il n'est pas sans inconvénient de faire reprendre d'emblée à la vessie son rôle de réservoir contractile quand on n'a pour se garantir contre les accidents qu'un moyen aussi incertain que la sonde à demeure. Bien au contraire, dans quelques circonstances, M. Guyon a suspendu les lèvres de la plaie vésicale, à l'aide des fils dont nous avons parlé et qu'il fixe ensuite aux bords de la plaie cutanée. Ce relèvement crée une sorte d'entonnoir qui, le cas échéant, dirigerait l'urine au dehors, sans exposer à son contact les tissus divisés.

D'ailleurs, ce danger d'infiltration est écarté par l'emploi des tubes-siphons de M. Périer. Deux tubes de caoutchouc rouge, de 50 centim. de longueur et de 8 à 10 millimètres de diamètre extérieur, sont placés côte à côte dans l'angle inférieur de la plaie et conduits jusqu'au contact du bas-fond vésical. Puis ils sont maintenus dans cette position au moyen d'un fil d'argent que l'on fixe à l'une des lèvres de la plaie cutanée ; c'est un moyen certain et sans inconvénient de se prémunir contre leur déplacement (1). On s'assure du bon fonctionnement de ces tubes en poussant par l'un d'eux une injection boriquée qui ressort facilement par l'autre tube. Ce courant une fois bien établi, l'écoulement de l'urine se fera régulièrement pendant tout le temps que les tubes resteront en place.

La vessie est largement irriguée avec de l'eau boriquée ; de la poudre d'iodoforme est projetée sur les surfaces avivées. L'opération est presque terminée, on rétrécit la partie supérieure de la plaie au moyen de 2 ou 3 sutures profondes qui comprennent la peau, la couche musculaire et le tissu cellulaire profond ; des points superficiels placés dans l'intervalle assurent une réunion plus rapide des téguments ; on aura soin, toutefois, de ne pas en placer trop près des tubes-siphons qu'il est nécessaire de garantir contre une compression résultant d'un gonflement possible des tissus. Le pansement est fait avec toutes les précautions sur lesquelles nous n'avons pas à insister ; une couche légère d'iodoforme est répandue sur la plaie et autour des tubes ; toute la région hypogastrique est enduite de vaseline boriquée, destinée à empêcher la production d'un érythème phéniqué ; de la gaze iodoformée, des tampons de gaze phéniquée chiffonnée en grande abondance, sont recouverts par une couverture de Lister, fendue à sa partie inférieure sur le passage des tubes. Enfin, de la ouate est appliquée sur le tout pour égaliser la compression et un large bandage de corps, de toile ou mieux de flanelle maintient toutes les pièces en place.

L'extrémité des tubes plonge dans un urinal placé entre les cuisses du malade. Bien entendu, il n'est pas mis de sonde à demeure.

En général, l'écoulement de l'urine est parfaitement régulier dès le début, et il n'est pas nécessaire de pratiquer des injections ; cependant, si un petit caillot, un amas d'iodoforme empêchait la sortie de l'urine par l'un des tubes, quelques grammes d'une solution boriquée en auraient facilement raison ; mais, à part cette indication expresse, il vaut mieux s'abstenir d'injection. A moins que quelques gouttes d'urine ne mouillent le pansement, ce qui est extrêmement rare, on peut le laisser 3 et 4 jours sans le refaire ; il serait dangereux d'attendre davantage pour enlever les sutures profondes. Dans le cas où M. Guyon a soulevé la vessie à l'aide des fils suspenseurs, il défait le pansement pour les enlever dès le lendemain ; mais dans 3 de nos opérations nous avons pu ne les retirer que le 4e jour sans que la cicatrisation ait été retardée.

Quant aux tubes-siphons, il est indispensable de les laisser jusqu'au 6e jour; c'est du 7e au 8e qu'il est prudent de les ôter ; on place à demeure immédiatement une sonde molle de caoutchouc rouge d'un calibre moyen (nº 16 à 18) qui fonctionne généralement d'emblée. Il faut surveiller attentivement le mode de réparation de la plaie et panser de façon que la cicatrisation se fasse de la profondeur vers la superficie. Au bout de 2 à 3 jours, en moyenne, la plaie vésicale est fermée, mais il est évident que la sonde doit rester à demeure beaucoup plus longtemps, de 10 à 15 jours, suivant la rapidité de la cicatrisation. Il est même bon de recommander au malade de se sonder régulièrement pendant quelques jours au lieu d'uriner spontanément aussitôt après le retrait de la sonde à demeure.

Telle est la façon dont les choses se passent le plus habituellement après la taille hypogastrique. Dans l'immense majorité des cas, l'infiltration d'une part, la blessure du péritoine de l'autre, sont maintenant évités. La réouverture de la plaie est signalée dans quelques observations ; mais la cicatrice se reforme rapidement après quelques jours de sonde à demeure. On a vu aussi de légères éventrations consécutives ; ces inconvénients ne sont rien en comparaison des précieux avantages de la taille hypogastrique et des progrès qu'elle a permis à la chirurgie urinaire de réaliser.

Dr E. Desnos.

(1) Tout dernièrement, M. Périer a conseillé de fixer des tubes non plus aux bords de la plaie, mais à une certaine distance en leur laissant un peu de mobilité, dans la crainte que la vessie ne s'applique sur les orifices des tubes et ne les bouche en se contractant. La précaution peut être bonne, mais les tubes sont ainsi fixés moins solidement ; quant aux accidents signalés, nous ne les avons jamais observés dans aucune des opérations que nous avons faites ou suivies.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Médecins et Pharmaciens.

12 Novembre 1886.

Monsieur le Directeur,

Depuis quelque temps on expose, de nouveau, les dissentiments qui existent entre pharmaciens et médecins.

La paix est loin de se faire, mais à qui la faute ? Les griefs des deux parties sont faciles à résumer.

I. — Qu'est-ce que les pharmaciens reprochent aux médecins ?

Dans les villes, rien. Le médecin ne se mêle pas de pharmacie.

Dans les campagnes, quelques médecins isolés délivrent aux malades les remèdes les plus urgents pour donner le temps à leurs ordonnances d'aller dans les officines du voisinage. Le pharmacien y retrouve toujours son compte.

II. — Qu'est-ce que les médecins reprochent aux pharmaciens ?

Voici quelques-unes de leurs doléances quotidiennes.

1° Les pharmaciens, sous prétexte de petits conseils, donnent en réalité des consultations. Il en est qui font de la médecine tous les jours, par pure philanthropie bien entendu ; puis, délicatement, et par pure philanthropie encore, en donnant le petit conseil, ils bourrent, moyennant finances, les poches de leurs clients de flacons de toutes couleurs. Leur médecine et leur désintéressement sont de même qualité.

2° Quelques pharmaciens se font sans scrupule les complices de tous les autres empiriques. Combien y en a-t-il, en effet, qui refusent de remplir une ordonnance formulée par une sage-femme ou par un guérisseur ? Ils ouvrent leurs flacons quand on leur montre une pièce blanche et qu'ils n'ont pas à craindre un empoisonnement que le parquet pourrait poursuivre.

3° Il est des pharmaciens spéculant sur la santé publique.

En trouve-t-on en effet beaucoup qui ne vendent pas à tort et à travers, au premier venu, vulnéraires, orviétans, acceptés si imprudemment par les pharmacies. Combien fabriquent toutes sortes de drogues, liqueurs asiatiques, brésiliennes, baumes merveilleux, etc., offerts au public comme des panacées.

4° Le médecin n'est pas toujours sûr que ses ordonnances sont ponctuellement exécutées. Quand une spécialité n'est pas dans l'officine, il arrive qu'on en substitue une autre. Si le client s'en aperçoit, on lui dit.

« Ceci est de beaucoup supérieur et traînera moins votre mal en longueur ! »

Puis, ce brevet d'ignorance donné au médecin, M. le pharmacien se retire avec un grand air de supériorité derrière ses bocaux.

5° Le médecin n'est pas sûr de la qualité des médicaments qu'il prescrit. Trop souvent le pharmacien ne contrôle plus ses drogues à leur arrivée, n'ayant d'autre souci que de se munir de marques à prix réduits.

De là mécomptes pour le médecin accusé des insuccès d'une médication. Exemple :

Un matin je formule de la quinine pour une névralgie à type franchement intermittent. Je promets une prompte guérison.

Deux jours après, le malade me revient tout irrité :

Monsieur, je souffre autant ; vous ne connaissez pas mon mal, donnez-moi autre chose ou je vais chez votre confrère, car je n'y tiens plus :

J'ordonne encore de la quinine aux mêmes doses et à prendre de la même manière ; seulement, je fais changer de pharmacie.

Le lendemain je rencontre mon patient :

Ah ! cette fois, me crie-t-il, je suis à peu près quitte.

Si vous m'aviez donné ce remède tout d'abord, vous m'auriez épargné bien des souffrances.

Qu'est-ce que les pharmaciens ont à répondre à cela, et quel est le médecin à qui pareille aventure n'est pas arrivée !

Voilà le mal, mais le remède ?

Moins de pharmacies et de meilleures; par conséquent, suppression, à l'avenir, de toutes les officines de 2e classe. Alors la pharmacie pourra se maintenir à un niveau scientifique élevé, et j'ajoute, digne et honnête.

Ne vous récriez pas, MM. les pharmaciens ; certes il y a (*en majorité*), parmi vous, des gens sérieux ; mais ceux-là, comme nous, plaignent le sort de leur profession ; car mieux que nous encore, ils la voient tomber dans le mercantilisme. Et le public lui-même s'aperçoit déjà que tous les jours le pharmacien se rapproche du boutiquier ! Comment, aujourd'hui, la médecine pourrait-elle vivre en bonne intelligence avec la pharmacie quand celle-ci, sortant de son rôle, nous déclare la guerre à chaque instant ?

Elle s'aveugle à ce point qu'elle ne se doute pas, que pour la remettre à sa place, nous n'aurions qu'à demander à la société de défendre ses intérêts par trop lésés.

Que pourrait-on nous objecter, à nous, médecins, si nous demandions :

1° Que toute réclame pharmaceutique, quel qu'en soit le mode, soit interdite, *tant que la formule du médicament prôné n'aura pas été approuvée, ou au moins reconnue inoffensive*, par l'Académie de decine.

2° *Que la vente de toutes les spécialités ainsi reconnues inoffensives* ou *bonnes soit libre*.

De quel droit, en effet, vous, pharmacien, vous réservez-vous le monopole du débit de la tisane de X. et des pastilles d'Y. Est-ce que vous avez qualité pour savoir si leur emploi est justifié ou non ?

Eh bien alors, pourquoi le parfumeur ne les vendrait-il pas aussi bien que vous ? *Vous débitez tout cela au hasard pourvu qu'on vous paie ;* croyez-vous qu'il ne puisse en faire autant ? Regardez-le vendre la pommade infaillible contre la calvitie ; s'en tire-t-il plus mal que vous ?

Que pouvez-vous me répondre alors quand je demande que la vente de tout ce que vous croyez pouvoir livrer sans ordonnance soit libre?

La chose est sensée et absolument logique.

Vous y perdrez, c'est vrai ; mais le public y gagnera ; il paiera moins cher, et le bon sens y retrouvera ses droits. Toutes ces panacées délivrées sans mystère par n'importe qui, perdront par le fait, leur principal mérite. Les charlatans, je l'avoue, feront de moins brillantes recettes, mais la santé publique n'en sera que meilleure, et où sera le mal ? En vérité, on croirait qu'on vous doit une dîme !

Et pourquoi encore, comme le *Concours* le faisait judicieusement remarquer, pourquoi la vente du quinquina, de l'huile de foie de morue, etc., etc., pourquoi la vente de toutes ces choses si nécessaires à la santé publique ne serait-elle pas libre, quand on livre à tout venant dans tous les cafés, des alcools, vermouths et autres poisons plus ou moins pompeusement baptisés ?

Que pouvez-vous répondre ?

Dans l'état actuel des choses, le privilège de la pharmacie ne doit plus s'étendre que sur les poisons et les médicaments difficiles à manier. (A délivrer *toujours sur ordonnance*.)

Pour tout le reste, MM. les pharmaciens, puisque vous vous affranchissez de nos ordonnances, de par vous jugées inutiles, le public doit être affranchi à son tour du tribut qu'il paie à vos caisses *sans aucune raison*, un épicier pouvant tout aussi bien qu'un pharmacien vanter les mérites des pilules purgatives.

Voilà la conséquence logique de vos actes et de votre conduite.

Dr P..., des Vosges.

TRAVAUX ORIGINAUX

A propos du pain de gluten dans le régime alimentaire des malades que l'on nomme diabétiques,

Par M. le docteur *Coignard*.

Je ne conseille jamais l'usage du pain de gluten. J'engage les diabétiques à remplacer cet aliment par des pommes de terre bouillies ou en purée.

Lorsque j'ai pris cette coutume il y a six ans, après cinq années d'observation, j'ignorais complètement que la pomme de terre bouillie ou en purée renfermait moins de matière saccharigène que le pain de gluten du commerce. C'était la répugnance des malades pour le gluten, et l'inappétence consécutive à ce régime qui m'avait fait prendre cette détermination. Je pensais que, en recommandant les pommes de terre, et en engageant les malades à en manger le moins possible, on devait obtenir des résultats aussi favorables que ceux que peut donner le pain de gluten ; et que, en outre, on aurait l'immense avantage de conserver l'appétence.

C'est, en effet, ce qui a lieu, et je n'aurais pas eu l'idée d'attirer l'attention de la Société sur ce *modus faciendi*, que je considérais comme sans importance, si cette année je n'avais été témoin du fait suivant :

En juillet, je fus appelé dans un pauvre hôtel pour y voir un malade.

L'homme, qui pouvait avoir 55 ans, était assis dans un fauteuil la jambe étendue sur une chaise et le dos protégé par un oreiller.

Ce malheureux était haletant. Ses narines étaient sèches ; ses gencives saignantes ; la peau et les sclérotiques tout à fait jaunes. On m'apprit que, depuis deux ou trois jours, il avait dix à douze selles dysentériques en vingt-quatre heures.

La deuxième phalange du gros orteil droit était détachée et la plaie saignante. L'odeur de l'appartement était insupportable.

Au premier abord, on aurait pu croire qu'il s'agissait de l'état auquel on a donné le nom d'ictère grave. Mais ce malade n'avait pas de fièvre, et, l'on me montra des analyses d'urine indiquant 47 grammes de sucre par litre. La quantité d'urine émise en vingt-quatre heures égalait 4 litres environ. Je dis environ 4 litres, car ce n'est que par comparaison que j'ai pu m'en rendre compte.

Depuis deux ans, cet homme venait à Vichy où il suivait le traitement qui lui avait été indiqué par un des médecins de son pays. Ce médecin jouit, à juste titre, d'un très grand crédit dans tout le département.

Le traitement était celui-ci : le classique pain de gluten, viandes rôties, pas de fruits, pas de féculents, quatre verres d'eau de la Grande-Grille par jour, un bain d'eau minérale tous les deux jours.

Je fis remplacer le pain de gluten par des pommes de terre bouillies, et je conseillai l'usage des fruits de la saison (fraises et pêches). Je fis continuer, bien entendu, l'eau de Vichy.

Après douze jours, l'ictère avait disparu ainsi que la diarrhée dysentériforme et le saignement des gencives. La plaie de l'orteil, pansée à l'iodoforme, bourgeonnait.

Ce malade est resté encore huit jours ; je n'ai pu le garder davantage, ni obtenir de lui une analyse d'urine.

Cette observation m'a fait penser que, remplacer le pain de gluten par la pomme de terre bouillie était autre chose qu'un simple *modus facendi*.

J'ai fait quelques recherches à ce propos : en 1871 Mayet, dans les *Annales d'hydrologie*, avait donné l'analyse de différents aliments au point de vue de leur contenance en matière saccharigène. Il présentait la pomme de terre bouillie et surtout en purée comme la plus pauvre, à poids égal bien entendu.

C'est une question d'hydratation. 100 grammes de pommes de terre cuites à l'eau contiennent moins d'amidon que 100 grammes de pain, parce qu'elles contiennent plus d'eau.

100 grammes de pain grillé contiennent *plus* de matière saccharifiable que 100 grammes de pain frais parce qu'ils contiennent *moins* d'eau.

Boussingault, Barral (amidon, 62,58 dans la croûte et 43,55 dans la mie), Moleschott, Lecorché, et cette année Esbach, sont arrivés aux mêmes conclusions.

Je désirerais revoir ces expériences, et surtout savoir ce que donnait en matière saccharigène la croûte de pain grillée (ce que je n'ai trouvé nulle part).

Il n'est pas un diabétique qui ne vous dise : « Oh ! du pain ! j'en mange si peu ! je ne mange que la croûte, et encore je la fais griller. »

J'ai prié M. Bretet (de Vichy) de vouloir bien faire ce long et minutieux travail que voici :

« Vous m'avez demandé de déterminer la quantité de matière saccharifiable que peuvent fournir quelques-uns des aliments qui sont permis aux diabétiques ou dont on les prive dans le but de combattre la glycosurie.

De nombreuses analyses de ces substances ont été faites au même point de vue, vous ne l'ignorez point, particulièrement en France, par MM. Mayet et Boussingault ; mais quelques chiffres de plus peuvent ne pas être inutiles ; en outre, j'ai vainement cherché parmi les substances déjà analysées quelques aliments comme la croûte de pain grillée et le petit pain recuit que bien des diabétiques croient pouvoir manger impunément.

Il est bon d'être édifié sur leur valeur ; voici donc ce que j'ai fait :

La saccharification a été effectuée sur 50 grammes de chaque substance que j'ai fait bouillir, aussi divisée que possible, dans 1,200 grammes d'eau additionnée de 50 grammes d'acide sulfurique ; le liquide réduit à un litre, j'entretenais l'ébullition jusqu'à ce que deux dosages successifs donnassent le même résultat, ce qui n'arriva quelquefois qu'après six ou sept heures.

Les dosages ont été effectués par la liqueur de Fehling ; le polarimètre, que j'ai employé tout le temps concurremment avec le procédé chimique, donne des résultats qui ne peuvent servir à un dosage, parce que, d'un côté, l'ébullition ne ramène pas, aussi régulièrement que, s'il s'agissait d'une solution de glucose pure, le pouvoir rotatoire de ce sucre au chiffre définitif ; et, d'autre part, il se forme certainement dans quelques échantillons, en proportions variables, du sucre interverti qui change le pouvoir rotatoire du mélange au point, dans certains cas, de le rendre lévogyre.

Je donne toutefois, dans mon tableau, à titre de document analytique, les chiffres obtenus par cette méthode, ils ont été déterminés en prenant le degré = 2 gr. 25.

Le tableau dans lequel je réunis les résultats de

mon travail contient non seulement les poids de sucre que j'ai obtenus, mais aussi ceux que j'ai pu me procurer relatifs aux substances dont je me suis occupé.

Quantité de matière sucrée fournie par 100 grammes de chacune des substances suivantes :

	Mayet	Boussingault	Moleschott	Lecorché	Esbach	Bretet — Liqueur Fehling	Bretet — Polarim.
Pommes de terre cuites à l'eau..	16.60	25.16	»	18.60	17 »	28.40	29.24
Purée de pommes de terre......	8.30	»	»	»	»	»	»
Pommes de terre frites.........	»	»	»	»	»	52.60	54 »
Pain de gluten................	27.70	17 à 48	»	»	18	48 »	8.10
—	31.15	»	»	»	»	35.60	—12.15 (lévogyre)
— —	32 »	»	»	»	»	»	»
— —	62.50	»	»	»	»	»	»
Pain ordinaire { sec..........	60 »		43 à 78				
Pain ordinaire { frais.........	50 »						
Mie de pain..................	»	»	»	»	»	60.80	47.24
—	»	»	»	»	52	58.14	54. »
Croûte du même...............	»	»	»	»	76	76.32	83.24
— — grillée........	»	»	»	»	»	96.14	104.84
Petit pain dit de gruau.........	»	»	»	»	»	71.94	67.50
Le même fortement recuit......	»	»	»	»	»	88.89	98.96
Un autre un peu moins recuit...	»	»	»	»	»	81.30	94.50

Il montre : 1° que les aliments qui, à poids égal, fournissent le plus de sucre, sont précisément du nombre de ceux que les malades substituent volontiers au pain ordinaire ; ce sont : la croûte de pain grillé et le pain recuit.

2° Que la pomme de terre fournit en général moins de sucre que le pain de gluten.

Il est à noter que, dans l'expérience sur le pain recuit, ce pain a perdu, dans la seconde cuisson, 24 p. 100 de son poids, les 76 p. 100 restant ne m'ont fourni que 67 grammes 56 de sucre, c'est-à-dire un peu moins que les 100 grammes de pain frais correspondant.

Au point de vue chimique, je crois devoir signaler l'action bien évidente du gluten sur la matière sucrée. Il est bien connu que le gluten transforme, avec ou sans addition d'acide, l'amidon en glucose, mais la transformation en *sucre interverti* n'a pas, que je sache, été signalée ; elle est cependant rendue évidente par la comparaison des chiffres que m'a fournis le polarimètre avec ceux que donne la liqueur de Fehling. Ainsi le premier échantillon de pain de gluten, riche en amidon, m'a donné une très faible déviation à droite + 3°6 : avec le second, plus riche en gluten, j'ai obtenu — 5.4 : ces chiffres se passent de commentaires. Je me propose, d'ailleurs, de continuer mes recherches sur ce sujet.

Il résulte des chiffres que, à poids égal, c'est la croûte de pain et la croûte grillée qui donne la plus grande quantité de matière saccharifiable ; et, en réalité, la purée de pommes de terre et la pomme de terre à l'étouffée, la moindre.

Un autre résultat qui m'a paru intéressant, c'est la grande quantité de matière saccharifiable donnée par la pomme de terre frite.

D'où il est, je pense, permis de conclure que l'usage du pain de gluten, comme adjuvant dans le traitement diététique du diabète, est d'une utilité fort contestable, et quelquefois il peut être nuisible.»

RÉFLEXION.

L'intéressante note de notre distingué confrère, M. Coignard, si compétent en matière de thérapeutique du diabète, nous confirme donc dans une opinion que nous exprimions, ici même, en 1882, dans un article sur les traitements du diabète. « Au pain de gluten, imaginé par Bouchardat, disions-nous alors, on a reproché d'être désagréable à manger au point de troubler l'appétit et les digestions ; ensuite de contenir 25 à 30 % d'amidon, de sorte que le pain de gluten est, d'après Boussingault, plus riche en amidon que la pomme de terre et presque aussi riche que la brioche. La pomme de terre présente encore l'avantage de contenir 0,9 de carbonate de potasse par 173 grammes, or les sels permettent dans l'économie l'utilisation des sucres. *Ainsi la pomme de terre cuite à l'eau ou sous la cendre serait préférable au pain de gluten dans le régime des diabétiques et constituerait le succédané le plus inoffensif du pain ordinaire.* »

P. LE GENDRE.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat des Vallées de l'Aisne et de la Vesle.

5e *année.* — 18e *séance.*

Le mercredi 8 décembre 1886, les membres du Syndicat se sont réunis à Fismes.

Après un déjeuner confraternel à l'hôtel Dubuisson, la séance a été ouverte à deux heures, sous la présidence de M. Ancelet, président.

Etaient présents: MM. Dulieu, *président honoraire* (de Longueval).
Ancelet (Vailly), *président.*
Bracou (Vailly), *vice-président.*
Lécuyer (Beaurieux), *secrétaire-trésorier.*
Godart (Fismes), *assesseur.*
Dupré (Longueval).
De Châteaubourg (Braisne).
Faille (Fismes).
Gaillart (Hartennes).
Voimant (Soissons).

Henrionnet (Braisne).

M. le président présente à la Société le Dr Henrionnet, successeur de M. Wimy. Il est présenté également par M. Bracou et M. de Châteaubourg.

Admis à l'unanimité.

Le président expose qu'il a reçu une lettre de l'excellent confrère Wimy, forcé par la maladie de céder sa clientèle, lettre qui présente ses excuses de ne pouvoir assister à la séance et prie le président de présenter son meilleur souvenir aux confrères présents.

M. Gaillart propose de faire écrire à M. Wimy par le secrétaire une lettre de sympathie, profonde et de prompt rétablissement, avec l'espoir de le voir un jour à nos réunions.

Adopté.

Le président prend la parole et s'exprime ainsi :

Mes chers confrères,

Notre excellentissime secrétaire qui aime les discours, qui les fait longs, mais qui les fait bien, m'avait commandé pour la circonstance ce qu'il appelle pompeusement un discours d'entrée.

Quand, depuis plus de 30 ans, on exerce le métier que vous savez, on a laissé à peu près toutes ses illusions aux ronces des chemins ; j'ai perdu, entre autres choses, l'illusion de la rhétorique et je me ris du solennel.

J'étais donc bien décidé à le laisser dire et à ne rien faire ; mais d'office, il m'a joué le mauvais tour de m'inscrire sur le programme.

Son prestige serait en souffrance, si je laissais protester sa signature, je dois donc m'exécuter.

Chers collègues, je suis à peu près votre doyen d'âge ; vous avez bien voulu me faire le grand honneur de m'appeler à la présidence ; vous avez senti que j'avais pour vous tous une affection quasi-paternelle. Merci.

Merci de m'avoir donné pour collaborateurs, nos bons confrères : Dulieu, notre premier président, notre président honoraire, qui à ce titre reste à perpétuité membre du bureau et dont l'expérience nous sera si précieuse ; Bracou et sa rare compétence financière ; Lécuyer avec sa vaillance et son ardeur endiablée ; Godart et sa verve gauloise.

Merci, enfin, d'avoir maintenu au bureau notre bon collègue Wimy que la maladie tient éloigné de nous, qui a été très sensible à votre procédé et m'a chargé de vous exprimer toute sa gratitude : il continue du reste à faire partie du Syndicat. (Applaudissements.)

Les Syndicats, Messieurs, viennent compléter l'œuvre ébauchée par l'Association générale ; ils la complètent avec avantage en s'adressant à des intérêts plus connexes, en groupant des confrères plus rapprochés les uns des autres, en contact plus fréquent et plus immédiat.

Le Syndicat des vallées de l'Aisne et de la Vesle est particulièrement prospère.

Je ne viens pas déflorer le travail de notre cher secrétaire en vous rappelant les questions que nous avons eu à traiter, nous allons les déguster tout à l'heure.

Je me borne à constater quelques points généraux, à indiquer d'un trait ce que j'appellerai, si vous le voulez bien, le bilan psychologique de notre Société

Grâce au bon vouloir de tous, nos réunions trimestrielles ont été régulièrement tenues, fructueusement remplies, exactement suivies, sans que l'on ait jamais eu à constater la moindre trace de lassitude ou d'indifférence.

Une convenance parfaite, une gaîté de bon aloi, la plus grande cordialité n'ont jamais cessé d'assaisonner nos modestes festins, et les questions sérieuses n'ont rien perdu à être traitées au milieu de la fumée des *Calumets de paix* !

Des rapports se sont créés qui n'existaient pas, des divergences, je ne veux pas dire des divisions, ont cessé d'exister ; des relations amicales se sont établies entre nous, et nous le sentons tous si bien qu'au jour dit, malgré pluie et tempête comme aujourd'hui, malgré un vent terrible et un baromètre, descendu à 72 centimètres, malgré les distances, nous nous trouvons là, réunis à la même table, rajeunis et joyeux.

Quelques années seulement, mes chers confrères, ont suffi pour amener ces excellents résultats ; mais ils n'ont point été le résultat d'une génération spontanée.

Nous avons été les témoins du zèle, de la persévérance qu'a développés notre ami Dulieu pour procréer notre association et diriger ses premier pas. Parmi les adhérents de la première heure, plusieurs, et j'étais du nombre, en se prêtant à cette tentative, croyaient peu à sa vitalité ; il a persisté, il a marché, il a réveillé les endormis, excité les zélés.

Son œuvre est là, elle est vivante, elle est vivace ; il a le droit d'en être fier ; nous avons le devoir de lui en être reconnaissants. (Applaudissements.)

Le Dr Cézilly, que nous avons nommé président d'honneur, a été le véritable créateur des Syndicats médicaux ; l'ami Dulieu, que nous avons nommé président honoraire, est le père dévoué du Syndicat des vallées de l'Aisne et de la Vesle; notre secrétaire Lécuyer a été depuis le début son collaborateur actif, la cheville ouvrière de l'œuvre, et vous l'en avez récompensé en le condamnant au secrétariat à perpétuité ; en commençant la seconde étape de notre existence, je vous convie à unir dans un même vote de remercîments nos confrères et amis Cézilly, Dulieu et Lécuyer. (Applaudissements.)

Quant à nous, notre voie est toute tracée, sans demander aux pouvoirs publics de mettre le nez dans nos affaires, sans réclamer la création aventureuse d'un ordre des médecins ; par la force de l'union, nous travaillerons comme nos devanciers à sauvegarder nos intérêts légitimes, à conserver nos rapports de bonne confraternité, à veiller d'un œil jaloux au maintien de la dignité professionnelle.

Vous pouvez, mes chers confrères, compter sur notre dévouement. (Applaudissements prolongés.)

La parole est à M. *Lécuyer*, secrétaire, pour le compte rendu annuel.

Mes chers Confrères,

Permettez-moi, au commencement du compte rendu de notre quatrième année syndicale complète, après *dix-huit* séances bien remplies, de remercier l'ami Ancelet, notre cher président, de ce qu'il a bien voulu dire d'aimable pour votre secrétaire, et vous tous d'avoir applaudi à ses éloges ; je continuerai comme par le passé à faire de mon mieux.

Mais permettez-moi également de me féliciter d'avoir joué à notre président ce *mauvais tour* (comme il dit) de l'avoir inscrit sur le programme pour un discours d'entrée.

Franchement, il nous devait bien cela, et devant les paroles loyales, pleines de cœur, qu'il vient de prononcer, non seulement nous avons tous constaté qu'il connaissait encore bien sa rhétorique, mais personne ne s'est plaint de la longueur de son discours, au contraire.

Nous espérons même que de temps en temps il nous en servira de semblables.

Pour ma part, et comme secrétaire, je serai récidiviste, car aussi longtemps que l'ami Ancelet restera à notre tête, je le porterai tous les ans sur le programme, il faudra qu'il y aille de son petit discours. (Applaudissements.)

Cette année, mes chers confrères, nous avons perdu deux membres, mais qui restent en communication d'idées avec nous.

L'annonce de la formation (hélas! trop provisoire) d'un Syndicat Laonnois avait fait que ces confrères s'étaient rapprochés de ce Syndicat à cause de la facilité des communications.

Mais ce Syndicat n'existe plus et nul doute que ces confrères ne reviennent à nous ; vous avez du reste chargé le secrétaire de leur écrire à ce propos.

D'un autre côté, nous avons gagné 4 confrères : le Dr Dupuy (de Vervins), député de l'Aisne, et c'est un grand honneur qu'il a fait au Syndicat ; le Dr Voimant, de Soissons ; le Dr Maniéton, d'Oulchy-le-château, et le Dr Henrionnet, de Braisne.

Total : 2 gains et 21 confrères syndiqués.

Je considère ce résultat comme très remarquable. (Adhésion.)

Passons rapidement en revue les questions qui nous ont occupés.

Pour l'affranchissement de nos circulaires à prix réduit, j'ai fait de nouvelles démarches auprès du ministre des postes et des télégraphes ; elles n'ont malheureusement pas abouti.

Le Syndicat a également examiné très sérieusement l'utilité de la création d'un ordre des médecins ; il n'en a pas reconnu *actuellement* l'utilité et il s'est inscrit contre.

Le premier acte de véritable solidarité a été fait contre le Dr C... qui s'était établi (comme vous le savez) en concurrence avec un confrère qui l'avait appelé en remplacement quelques mois avant !

Abus de confiance, s'il en fût !

Devant la réprobation générale et la quarantaine rigoureuse faite par ses confrères, cet individu a déguerpi.

Il faut nous en féliciter.

Le Syndicat a également protesté contre le tarif réduit que le conseil général de l'Aisne voulait imposer aux médecins pour le paiement des maladies des cantonniers : 0 fr. 25 c. par kil., 2 fois moins que les facteurs télégraphistes !

Nous n'avons pas accepté ce tarif dérisoire.

Enfin, le règlement et le tarif ont été revisés entièrement pour les mettre le plus possible en harmonie avec les exigences sociales et les règles de la bonne confraternité.

A la fin de l'année syndicale, le bureau a été renouvelé. Notre premier président a décliné l'honneur d'être plus longtemps à notre tête et vous venez d'entendre son successeur lui rendre un hommage bien mérité.

Le Dr Ancelet, vice-président, ayant été nommé président, on l'a remplacé à la vice-présidence par le Dr Bracou. Le reste du bureau est resté le même et le secrétaire renouvelle ses remerciments à ses confrères, qui sont tous ses amis, de l'avoir nommé secrétaire perpétuel.

Ils continueront, comme par le passé, à lui rendre la tâche facile.

Vous m'avez délégué, mes chers confrères, à la réunion de l'Union des Syndicats français.

Vous avez tous lu le compte rendu de cette réunion dans le *Concours médical*, je ne m'y attarderai pas.

Qu'il me suffise de vous dire que dans ces réunions le Syndicat des vallées de l'Aisne et de la Vesle fait bonne figure et que le secrétaire (qui n'était en somme que votre représentant) a reçu de tous ses confrères et en particulier des Drs Cézilly, Margueritte, Barat-Dulaurier un accueil qu'il n'est pas près d'oublier.

J'ai voté contre la création d'un ordre de médecins, création au moins inopportune.

J'ai également voté contre des démarches *générales* à faire par le bureau de l'Union des Syndicats pour empêcher l'exercice de la médecine civile par les médecins militaires.

J'ai pensé qu'il y avait assez de parasites non diplômés à poursuivre avant nos collègues, nos camarades de l'armée.

Sans doute, dans certaines petites localités, les médecins militaires peuvent faire du tort à leurs confrères civils, mais en général, l'autorité militaire, sur la plainte locale, les empêche d'exercer.

Cependant, à titre d'amendement, j'ai adopté la proposition additionnelle du Dr Margueritte tendant à ce que le bureau de l'Union puisse se substituer aux Syndicats locaux pour leurs plaintes, quand ceux-ci l'en prieront.

J'ai voté contre le vœu du Dr Lassalle relativement au secret médical, car toutes les finasseries de la jurisprudence ne me feront jamais admettre que le secret médical n'existe plus quand le malade (intéressé ou plus ou moins inconscient) a donné l'autorisation écrite qui relève le médecin du secret.

J'ai présenté ensuite deux vœux qui ont été adoptés, le premier pour obtenir l'affranchissement à prix réduit des circulaires médicales ; le 2e pour obtenir l'abrogation de l'art. 29 de la loi de ventose an XI.

Ces deux vœux ont été adoptés à l'unanimité.

Enfin, le Dr Dupuy (de Vervins), député de l'Aisne et membre de notre Syndicat, après le désistement du Dr Margueritte, a été nommé à l'unanimité président de l'Union des Syndicats.

C'est un grand honneur bien mérité pour lui et qui rejaillit en même temps sur notre Syndicat.

La réunion des membres du Concours médical a été également très intéressante et le banquet qui a suivi très gai et très bien servi.

Il ne me reste qu'à remercier mes collègues de m'avoir nommé leur représentant, et le Dr Cézilly des compliments qu'il me prodigue dans le *Concours médical* pour les communications de *haulte gresse* que j'ai faites au banquet, hors séance par conséquent.

Somme toute, notre Syndicat est bien coté ; pourquoi ? Parce que nous travaillons.

Continuons donc, nous arriverons *lentement, mais sûrement*, à la fraternité complète, en déployant toujours et quand même notre bannière sur laquelle nous inscrirons en lettres ineffaçables : Devoir confraternel et solidarité ! (Applaudissements.)

Le Syndicat approuve à l'unanimité les votes de son délégué.

M. *de Châteaubourg* présente un tarif de la Cie d'assurances contre les accidents *La Préservatrice* qu'on lui a proposé.

Voici, d'après cette compagnie, l'engagement que le médecin doit prendre :

« Je constaterai, soignerai, surveillerai, liquiderai tous vos sinistres et fournirai tous documents

médicaux nécessaircs, à raison de *cinq francs* par sinistre accepté ou refusé.

Toutefois, au lieu de cette somme, il devra être payé pour les sinistres ayant occasionné :

1. Soit une entorse du pied, soit une fracture du péroné, soit l'un ou l'autre de ces cas, 10 fr.

2. Une amputation du poignet ou du pied, 20 fr.

3. Unc amputation de trois doigts au moins (pied ou main), 10 fr.

4. Une fracture de membre, 20 fr.

5. Une fracture de membre avec plaie, 30 fr.

6. Une luxation de la hanche ou de l'épaule, 15 fr.

7. Une grave blessure aux yeux pouvant entraîner ou ayant entraîné la perte de l'organe, 15 fr.

8. Une amputation d'un bras ou d'une jambe (sans l'aide d'un confrère), 50 fr.

9. Une amputation d'un bras ou d'une jambe (avcc l'aide d'un confrère), 70 fr.

M. de Châteaubourg est d'avis, ajoute-t-il, dc refuser ce tarif ridicule.

M. lc président expose que le Syndicat a déjà élucidé cette question et qu'à l'égard des compagnies contre les accidents, tous les membres du Syndicat doivent se conformer au vote émis :

1. 6 fr. pour la visite et la contre-visite.

2. 1 fr. par kilomètrc parcouru pour la visite.

Quant aux compagnies qui veulent payer les opérations, on doit s'cn tenir au tarif général voté, dernière classe.

Cette manière de voir est adoptée à l'unanimité.

L'ordre du jour appelle la question des certificats *post mortem* pour lcs Compagnies d'assurances-vie.

Le secrétaire, à ce propos, fait la lecture d'un passage du beau livre du professeur Brouardel sur le *Secret médical*, des conclusions votées par la Société dc médecine légale, des articles si intéressants de Barat-Dulaurier dans le *Concours médical*.

Après en avoir délibéré, le Syndicat vote les conclusions suivantcs à l'unanimité.

Dans aucun cas, et d'une façon absolument systématique, le médecin nc doit délivrer de certificat post mortem, indiquant la maladie dont est mort l'assuré.

La séancc est levée à 5 heures.

La chambre syndicale se réunira, dans la première semainc de février, chez le secrétairc, à Beaurieux, pour élaborer l'ordre du jour de la prochaine séance qui aura lieu dans la prcmière semaine de mars à Braisne.

Le secrétaire perpétuel,
Docteur H. Lécuyer, de Beaurieux (Aisnc).

ANNUAIRE DU « CONCOURS MÉDICAL »

C'est par omission que le nom de notre distingué confrère, M. le Dr *Morot*, de Bignon-Mirabeau (Loiret), médecin-eousultant à Vichy, n'a pas été mentionné sur l'Annuaire. M. Morot est un des plus dévoués membres de notre Société.

Ont été omis également MM. les Drs *Delille*, de Blanquefort (Gironde), *Patay*, d'Orléans (Loiret), *Bonnejoy*, de Chars-en-Vcxin (Seine-et-Oise), *Nadaud*, d'Anglure (Marne).

NOUVELLES

Le nouveau professeur d'anatomie descriptive.

Le vendredi 28 janvier, une foule nombreuse, composée de collègues, d'amis et d'élèves du professeur Farabeuf se pressait dans un des vastes salons de l'hôtel Continental pour fêter sa nomination à la chaire d'anatomie. La sympathie la plus vive, la plus grande cordialité régnaient, et peu d'hommes ont reçu en si peu de temps des témoignages aussi vifs d'affection, de dévouement et de reconnaissance.

A la fin du banquet, plusieurs toasts ont été prononeés. M. le Doyeu *Béclard*, dans une allocution chaleureuse, a rappelé les services déjà rendus à l'enseignement depuis vingt ans par le jeune professeur.

M. le professeur honoraire *Sappey* lui a, d'une parole émue, témoigné le plaisir qu'il ressentait de l'avoir pour successeur. Puis M. le professeur agrégé *Segond*, dans une harangue toute vibrante d'amitié, a remercié M. Farabeuf de la bienveillante direction qu'il avait toujours donnée à ses élèves, à ses anciens prosecteurs. Il ue restait à M. le Dr *Poirier*, le plus ancien des prosecteurs en exereice, rieu autre chose à ajouter que de témoigner de l'attachement de tout le personnel enseignant de l'école et des élèves actuels pour l'aneien chef des travaux. Enfiu, M. le professeur *Trélat*, par quelques paroles pleines d'à propos, a résumé toutes les idées de l'assistance et souhaité à son jeune eollègue un long enseignement dans une chaire qui est le eouronnement mérité de son abnégation et de son travail persistant.

Nous sommes heureux de constater le sueeès rapide du Poitou Médical, orgaue mensuel de nos confrères de la Vienne.

En outre de sa valeur scientifique, le *Poitou médical* a un titre spécial à notre sympathie. Il est le moniteur du *Syndicat de la Vienne*, composé à l'heure actuelle de 70 membres, présidés pour l'année 1887 par notre très distiugué confrère le Dr *Auché*. Son secrétaire, M. le Dr *Litardière*, imprime à la Soeiété l'impulsion la plus énergique. B.

NÉCROLOGIE

Nous recevons la lettre suivante :

Blaiu, 23 janvier 1887.

Notre regretté coufrère Thuillier, reçu Docteur à 21 ans, sortit à cette époque du Val-de-Grâee ct vint s'établir à *Blain*.

Il était très intelligent et très estimé, comme médecin, de tous eeux qui l'ont approché. En qualité de chirurgien, il fit une ablation de la claviculc suivie de succès, ainsi qu'une désarticulation de l'épaule, heureuse également, pour ne parler que de quelques faits connus.

Il eut le malheur de perdre sa fille unique, à ce moment âgée de quatre ans, d'une diphthérie foudroyante; il se reprochait d'être la cause de sa mort.

Quelque temps après il eut un autre eufant et ce n'était jamais sans trembler qu'il voyait des diphthéries, qui frappent ici également toutes les elasses de la Société.

Pendant le fort de l'épidémie, son enfant était isolée ehez des parents ; malgré cela, ce u'était pas sans appréhension qu'il soignait eette maladie dont il avait l'esprit frappé ; plus grand était donc son mérite de ne point reeuler devant le dauger.

Quand il se sentit atteint d'angine, il se jugea perdu, d'autant plus qu'il s'était surmené les jours préeédents en passaut deux nuits blanehes auprès de malades qui l'inquiétaicnt.

Il s'éteignit, à trente et un aus, dans la foree de l'âge et au moment où uue nombreuse elientèle venait le récompenser de ses labeurs.

Voiei, Monsieur et très honoré Confrère, les rcnseignements que je puis vous donuer sur ee fait douloureux, mais qui honore la profession.

Veuillez agréer, etc. Dr Saquet.

— Nous avons le regret d'auuoneer à nos leeteurs le décès du Dr Luc Galliot, de Bezons, décédé le 2 janvier, et celui du Dr Roussaux, médecin de l'Usine de Noisiel, décédé le 19 janvier.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André, 3.

Neuvième année **N° 7** 12 Février 1887

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

Expériences sur les effets de la transfusion du sang dans la tête des animaux décapités, par MM. *G. Hayem* et *G. Barrier*.

Lorsqu'on fait passer dans une tête de chien séparée du corps, et devenue inerte depuis quelques minutes, une quantité suffisante de sang oxygéné, on y voit renaître un certain nombre de mouvements remarquables.

Témoin de ce fait, il y a une trentaine d'années, M. Brown-Séquard, vivement impressionné, y a vu la preuve d'un retour de la volonté. Depuis cette époque, cette expérience si intéressante n'a été, que nous sachions, répétée par aucun physiologiste. Nous avons pensé qu'il était utile de combler cette lacune.

Nos expériences ont été faites sur le chien, soit avec du sang de chien complet ou défibriné, soit avec du sang artériel et complet de cheval. La tête des animaux a été détachée rapidement d'un seul coup à l'aide d'une sorte de guillotine, et les déterminations relatives au temps ont été faites à l'aide d'un chronomètre à secondes.

Le résultat général de ces expériences est le suivant : l'extinction du sentiment et de la volonté paraît extrêmement rapide, sinon immédiat après la décapitation. La vie consciente peut être entretenue après la décapitation, à l'aide de l'injection immédiate de sang emprunté à un animal soit de la même espèce, soit d'une espèce différente.

La transfusion du sang faite dans ces conditions, dans une tête inerte depuis quelques minutes, fait renaître des mouvements automatiques ; des réflexes multiples et étendus, mais elle ne peut réveiller ni les sens ni la volonté.

En d'autres termes, la vie consciente est liée à l'activité physiologique d'éléments délicats, dont les manifestations fonctionnelles cessent rapidement après la décapitation et ne peuvent être réveillées dans des conditions où il est possible de faire réapparaître, à l'aide du sang oxygéné, certains actes physiologiques automatiques ou réflexes dépendant des centres situés dans la partie médullaire de l'encéphale (bulbe et protubérance).

Recherches sur l'action physiologique du méthylal (1), par MM. *A. Mairet* et *Combemale*.

On sait que le méthylal, que l'on obtient par l'action de la potasse sur le forméthylal, est un corps liquide, mobile et réfringent, d'odeur éthérée, d'une densité de 0,8551, plus volatil que l'éther, bouillant à 42° et soluble dans l'eau, l'alcool, les huiles, etc. Or ce corps, auquel M. Personali (de Turin) attribue des propriétés hypnotiques, nous a paru intéressant à étudier au point de vue de son action physiologique. Nos expériences, au nombre de vingt, ont porté sur douze animaux : 4 cobayes, 6 chats, 1 chien, 1 singe. Le méthylal a été introduit dans l'économie par les voies sous-cutanées, stomacale et pulmonaire. En voici les principaux résultats :

Par la *voie hypodermique*, l'introduction du méthylal est très douloureuse ; elle peut parfois produire une syncope et donne lieu, s'il est injecté pur, à des ulcérations consécutives. Suivant les doses, il détermine de la salivation, un sommeil plus ou moins rapide, plus ou moins profond, une fa[illegible]gue musculaire considérable, une phase par[illegible]ci- des secousses convulsives, chute de la tem[illegible]étique, enfin, la mort peut survenir. [illegible]pérature ;

Par la *voie stomacale*, on c[illegible] symptômes que précédemm[illegible]onstate les mêmes produit aux mêmes do[illegible]ment, et le sommeil se peut-être plus per[illegible]es, mais il est plus tardif et

Par la *voie* [illegible]sistant.

chats [illegible] *pulmonaire*, nous avons soumis deux [illegible], renfermés dans une caisse *ad hoc*, une fois à

(1) Académie des sciences, séance du 24 janvier.

des pulvérisations de 4 grammes de méthylal dans 50 grammes d'eau, et une seconde fois à l'évaporation spontanée de 8 gr. 50. Dans le premier cas, nous n'avons obtenu que de la somnolence ; dans le second cas, le sommeil s'accompagnait d'irritation des muqueuses oculaire, nasale et bronchique, avec larmoiement, éternuements et toux.

En résumé, si, à des doses élevées, le méthylal donne lieu à des phénomènes toxiques divers et entraîne la mort en produisant des lésions irritatives atteignant différents organes, ce qui domine dans l'action de cette substance, c'est le sommeil qui, à des doses relativement faibles, c'est-à-dire allant de 0 gr. 25 à 0 gr. 50 par kilogramme du poids du corps, est à peu près le seul symptôme observé. Le méthylal est donc un *hypnotique*, et, à en juger par la rapidité de son élimination, par l'absence ou le peu de troubles qui se montrent au réveil, un hypnotique qui ne s'accumule pas dans l'économie et dont le degré de toxicité est faible, puisqu'il faut le porter à plus de 0 gr. 50 par kilogramme du poids du corps pour voir apparaître des phénomènes graves contre-indiquant son emploi, et à plus de 2 grammes pour produire une intoxication vraie.

De la rage paralytique chez l'homme (1), par M. *Gameleia*.

« On sait que l'existence de la rage paralytique chez l'homme a été récemment contestée, je crois donc utile de résumer brièvement les principaux caractères de cette forme de rage, dont j'ai pu réunir environ 16 cas chez des individus mordus par des chiens enragés et n'ayant subi aucun traitement préventif.

Les accidents débutent ordinairement par un malaise général accompagné de céphalalgie et de courbature ; les membres s'engourdissent, les membres inférieurs particulièrement, et bientôt se paralysent complètement. Cette paralysie motrice est flasque et s'accompagne d'une abolition de la sensibilité réflexe d'abord et de la sensibilité générale ensuite. La maladie suit une marche progressive. Aux accidents paralytiques médullaires succèdent des accidents bulbaires et cérébraux. La respiration devient suspirieuse et on observe des accès de dyspnée. La déglutition est, à son tour, troublée. Tantôt la maladie se termine par la mort sans que le malade ait présenté de l'hydrophobie, du délire, des convulsions ; tantôt, à un moment ou à un autre de l'affection rabique à forme paralytique, on voit se manifester tous les symptômes qui sont les plus carac-[illegible]istiques de la rage commune.

tér[illegible]t à l'étiologie de la rage paralytique, on ne
Qua[illegible]re que des hypothèses : je ne crois pas,
peut émet[illegible]'il faille incriminer la qualité du vi-
en tout cas, qu[illegible] quantité qui en a été déposée
rus, mais plutôt l[illegible] siège des morsures pourrait
dans l'organisme. Le [illegible] vue une certaine in-
bien aussi avoir à ce point d[illegible] plus probable que
fluence, car il paraît de plus en [illegible]ns rabique.
les nerfs servent de conducteurs au vi[illegible] de cons-

M. *Laborde*. — Il est assez intéressant [illegible]

(1) Société de Biologie, séance du 29 janvier.

tater que la rage paralytique est restée méconnue presque jusqu'à nos jours. Je me souviens, pour ce qui me concerne, d'avoir observé un cas de rage manifestement paralytique, en 1857, dans le service de Bouillaud, dont j'étais alors l'interne ; je n'ai pas présents à l'esprit les détails de cette observation qui n'a pas été publiée, mais je me souviens parfaitement qu'il s'agissait d'une véritable paraplégie.

Dans la discussion qui vient d'avoir lieu à l'Académie, on a prétendu que la rage du lapin étant ordinairement paralytique, son inoculation à l'homme devait également donner lieu à des accidents de paralysie ; or, on sait très bien que l'inoculation de la rage du lapin au chien se manifeste par des accidents convulsifs. La même chose peut donc exister chez l'homme ; je n'insiste pas davantage sur ces faits, qui ont déjà été signalés par M. Vulpian. »

Le traitement de la phthisie par les injections rectales.

Comme complément à nos précédents articles sur cette question, nous citerons les observations suivantes que veut bien nous communiquer notre confrère M. Cazenave de la Roche.

« I. — M. X..., 34 ans, constitution primitivement robuste, mais affaiblie par 5 années de service militaire et de causes morales de nature dépressive, fils d'un père solidement bâti et d'une mère asthmatique. Il présente tous les signes rationnels et sensibles d'une phthisie accidentelle à la période initiale et à modalité torpide. Les deux sommets sont indurés : craquements secs, nombreux et toux sèche, quinteuse, pénible, expectoration séro-muqueuse *non bacillaire* (procédé d'Ehrlich, avec le microscope d'Hartnack). Accès vespérins quotidiens. Température de 39 à 39.5 ; état fonctionnel général assez bon. Ce phthisique résume le *vita sana superstet in morbis* des anciens. Je le soumets aux injections rectales d'hydrogène sulfuré selon la technique établie par M. Bergeon et avec son appareil. Dès le 5me jour, un mieux se manifeste qui va en s'accentuant depuis tantôt six semaines. Le traitement est parfaitement toléré. La toux a notablement diminué avec l'expectoration devenue très rare ; la fièvre a disparu et les signes plesso-stéthoscopiques se sont amendés. Le malade a repris de l'embonpoint. Le mieux continuera-t-il sa marche ascensionnelle vers la guérison ? L'avenir nous l'apprendra.

A côté du mieux, enregistrons les mécomptes.

II. — M. X... 16 ans, tempérament lymphatique côtoyant la scrofule. Accidents morbides du système osseux dans la première enfance (arthropathie scrofuleuse du genou).

Fils d'une mère herpétique et d'un père arthritique. Surmenage cérébral avec bronchites multiples négligées. Séjour dans un pays humide et froid, à la campagne. Plusieurs traitements antérieurs, séjour à Cannes l'hiver dernier. Le jeune malade en est à la période cavitaire avec tout le cortège séméiologique qui accompagne cette phase du processus. L'examen microscopique constate des bacilles dans l'expectoration *(Procédé d'Ehrlich)*.

Le traitement Bergeon est administré. Dès les premiers jours un mieux sensible se dessine, local et général, comme dans le cas précédent, malgré lequel le quinzième jour le microscope signale encore la persistance bacillaire dans l'expectoration.

Le vingtième jour, le malade ressent des coliques

violentes que j'attribue rationnellement aux injections gazeuses. Je les suspends, les douleurs intestinales cessent immédiatement. Mais la phénoménalité pulmonaire redevient menaçante et le malade perd d'un côté ce qu'il a pu gagner de l'autre. Je reprends les injections qui ne tardent pas à ramener les coliques ; une diarrhée colliquative se déclare et emporte en quelques jours le pauvre jeune homme. »

M. le Docteur Chantemesse, de son côté, a expérimenté avec succès, dit-il, les injections intestinales d'acide carbonique chargé de vapeurs sulfo-carbonées dans l'asthme.

Je regrette que mon honorable confrère n'ait pas spécifié la forme morbide que présentait la névrose pulmonaire chez les malades soumis à ce traitement des injections. Au point de vue des résultats cliniques, la modalité revêtue par l'asthme a une grande portée.

Quoi qu'il en soit, j'ai également fait usage des injections sulfo-carbonées sur une jeune femme atteinte d'un asthme à type sécrétoire, c'est-à-dire avec prédominance catarrhale, et, moins heureux que M. Chantemesse, je n'ai retiré de la médication que des effets désastreux. Un violent accès, plus violent que tous ceux que la malade avait précédemment éprouvés, s'est déclaré dès le troisième jour du traitement, et je n'ai pu en triompher que 15 jours après en associant la convallamarine avec les préparations iodurées, médication qui, avec les eaux sulfureuses en inhalation, m'a toujours donné les meilleurs résultats. »

QUINZAINE CHIRURGICALE

De la résection du genou (1).

M. Lucas-Championnière expose les résultats très favorables qu'il a obtenus dans le traitement de dix cas d'arthrite tuberculeuse du genou par la résection de cette jointure.

Cette opération laissée dans l'oubli par un grand nombre mérite être réhabilitée ; mais, pour qu'elle donne de bons résultats, il faut que la consolidation du genou, que la cicatrisation se fasse sans suppuration. Pour cela, elle doit être pratiquée avec tous les soins de l'antisepsie. L'opération sera très largement faite, les fongosités seront poursuivies avec la cuiller tranchante ; on ne s'attachera pas, s'il est utile, à conserver les ligaments latéraux. M. Lucas-Championnière pratique la réunion des os avec du gros catgut, puis suture avec soin toutes les parties antérieures de la jointure.

Le drainage est très largement établi au moyen d'un gros tube de caoutchouc durci placé dans le creux poplité en dedans de l'artère ; son action est aidée par celle de deux drains latéraux plus petits. Le premier pansement est fait au 3e jour et du 6e au 10e jour tous les drains sont supprimés. Pour fixer le membre, M. Championnière se sert d'une double gouttière de plâtre (portion jointure et portion fémorale) dans les deux parties de laquelle sont encastrées les deux parties d'une attelle métallique réunies l'une à l'autre par deux axes métalliques formant deux anses à la partie antérieure du genou ; de façon à laisser un espace libre répondant au creux poplité.

Au bout de un mois à un mois et demi, on remplace l'appareil par une botte silicatée et, quand le membre présente une consolidation suffisante pour servir de point d'appui, on fait porter une genouillère de cuir moulé lacée. Sur les 10 opérés de M. Championnière deux ont suppuré, l'un a guéri néanmoins au bout d'un mois de suppuration ; l'autre avait des lésions osseuses trop considérables, on lui a coupé la cuisse.

Les autres ont guéri avec un membre utile, leur permettant de marcher au bout de 1, 2, 3, 5 mois. Pour le chirurgien de l'hôpital Tenon, la résection du genou est une opération de choix chez les sujets dont la croissance est à peu près complète, quand des fongosités abondantes distendent les jointures en menaçant d'ulcérer la peau. Elle est d'autant plus favorable qu'il n'y a pas de suppuration ouverte à l'extérieur. Il faut opérer hardiment les sujets tuberculeux dont les sommets ne présentent que de l'induration et des lésions peu avancées ; aucun des opérés de M. Lucas n'a vu son état s'aggraver, trois au contraire ont engraissé, et leurs lésions pulmonaires ont manifestement rétrocédé. Chez les tuberculeux surtout, il faut absolument éviter la suppuration qui fait perdre tout le bénéfice qu'ils pourraient tirer d'une opération faite au moment opportun. Somme toute, une opération bien faite, chez les sujets tuberculeux, supprimant un foyer d'infection locale, diminue les chances de tuberculisation générale, au lieu de les augmenter. L'amputation, chez ces sujets, n'est qu'un pis-aller qui ne peut être utile que lorsque le membre est perdu ou que la vie est gravement compromise.

(1) Rev. de Chir. 1887, janvier.

Variété rare de luxation des os du carpe (1).

Le Dr Fayne, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, donne la description d'un fait intéressant au point de vue du diagnostic et de la pathogénie. Un homme était tombé du cinquième étage sur le poignet gauche et avait porté obliquement sur le côté externe du carpe, la main étant fortement étendue. On voyait à la face antérieure du poignet une plaie contuse au centre de laquelle un os faisait hernie ; il était facile à reconnaître pour le semi-lunaire renversé de façon à présenter sa face postérieure en avant. Au-dessus et en dehors de lui se voyait une saillie arrondie produite par le scaphoïde déplacé sous les téguments. Cette lésion complexe sans fracture de l'extrémité inférieure du radius, montre que dans une chute sur le poignet un choc oblique peut désunir les ligaments carpiens antérieurs et amener une luxation au lieu de produire l'arrachement de l'extrémité inférieure du radius. Dans les quelques cas de faits semblables réunis par M. Fayne, on a fait ou l'extirpation de l'os luxé à travers la plaie ou le refoulement en exerçant sur la main de fortes tractions, tandis qu'on appuyait sur la saillie osseuse de façon à la faire rentrer dans l'interligne.

De l'énucléation intra-glandulaire du goître (2).

Voilà encore une méthode opératoire nouvelle qui semble permettre d'abandonner définitivement l'extirpation totale. Proposée et pratiquée par Julliard et Souri, elle est basée sur ce fait que les tumeurs goîtreuses sont laplupart du temps encapsulées. Elles sont en effet isolées au milieu du tissu thyroïdien normal par une capsule conjonctive bleuâtre, transparente, habituellement assez mince

(1) *Gaz. des Sciences*, Montpellier 1887.
(2) Heydenreich, in *Sem. Med.* 1887.

et peu vasculaire. Quand on a divisé avec soin la couche de tissu thyroïdien qui la recouvre, on ne s'éloigne plus de l'enveloppe fibreuse et on poursuit l'énucléation soit avec l'ongle, soit avec un instrument mousse. L'hémorrhagie est peu abondante, veineuse et en nappe. La compression exercée sur la plaie l'arrête assez facilement; après quoi on suture la cavité, on y place un drain et on applique un pansement modérément compressif. Cette façon d'opérer réunit des avantages nombreux ; l'opération est moins sanglante, plus facile et aussi plus efficace, car elle laisse en place les parties saines du corps thyroïde susceptibles de fonctionner encore. On n'a point vu survenir la cachexie strumiprive, on n'a jamais observé d'accès de tétanie, accident assez fréquent après l'extirpation totale. Après la cicatrisation le cou n'est point déformé et n'offre pas l'aspect d'un paquet de cordes. Enfin, la trachée soutenue par son enveloppe naturelle, le corps thyroïde, ne tend pas à rester déformée ou affaissée comme on l'a signalé dans plusieurs faits d'extirpation de goîtres volumineux. En somme, ce procédé complète très heureusement la méthode des injections interstitielles dont nous parlions dans la précédente quinzaine.

Occlusion intestinale.

Malgré les nombreux travaux qui, dans le cours de ces dernières années, ont essayé d'élucider l'histoire de cette affection de formes si variables, il existe encore bien des points obscurs, le diagnostic causal est souvent hésitant, et nécessairement l'intervention thérapeutique est incertaine, souvent inopportune ou trop tardive. Il faut, en effet, forcément admettre ce principe qu'il n'y a pas un traitement unique de l'occlusion intestinale, mais des traitements variant avec la forme anatomique de la lésion.

Trois cas présentés par M. le professeur Heydenreich (1), de Nancy, montrent bien la justesse de cette proposition. Une femme de 45 ans présentait depuis 22 jours des symptômes d'occlusion intestinale complète, avec vomissements alimentaires, puis bilieux, mais non fécaloïdes. Le ventre était ballonné et distendu; la palpation révélait, dans la fosse iliaque droite, non point une tumeur, mais une région rénitente et douloureuse. M. Heydenreich, considérant ces phénomènes comme dus à une oblitération stercorale avec parésie intestinale se décida à pratiquer l'anus contre nature, et il le fit au niveau de la fosse iliaque gauche ; l'écoulement des matières se fit aussitôt par la plaie et dix jours après il se faisait de nouveau par le rectum. Environ deux mois après l'opération, il ne restait plus qu'une fistulette laissant couler quelques gouttes de liquide.

Un homme de 22 ans, porteur d'une hernie inguinale droite toujours soutenue par un bandage, commença à souffrir du ventre après quelques imprudences et, six jours plus tard, il présentait les symptômes réels de l'occlusion. Au 11e jour, malgré tous les moyens médicaux employés, même l'électricité, les vomissements fécaloïdes se montraient. Le ventre était ballonné et une région douloureuse existait nettement *à droite et au-dessous* de l'ombilic. M. Heydenreich, soupçonnant un obstacle dans cette région, pratiqua la laparotomie. Explorant alors avec la main la région du flanc droit, il rencontra une bride formée par une portion d'épiploon allant se fixer au niveau de l'orifice profond du canal inguinal. Il la sectionna entre deux ligatures, rentra les intestins enflammés, et ferma le ventre. Malgré cette libération, les vomissements continuèrent pendant quatre jours, puis le météorisme et la constipation reparurent après un purgatif ; néanmoins ces phénomènes de paresse intestinale finirent par guérir complètement.

Une malade de 67 ans présentait depuis six jours des accidents douloureux que ni les purgatifs, ni les autres moyens ne pouvaient vaincre. Empêché par une cirrhose très considérable de faire la laparotomie, M. Heydenreich eut recours à l'électricité et fit une séance de 10 minutes avec le courant induit promenant un des pôles sur la paroi abdominale, tandis que l'autre était placé tour à tour dans l'anus et sur l'abdomen. Six heures après, le cours des matières se rétablissait et la guérison s'est maintenue. C'était encore un cas d'obstruction fécaloïde avec parésie intestinale.

Ces trois faits peuvent utilement être rapprochés d'un cas qui a fait l'objet d'un mémoire intéressant de M. Hallé (1), récemment publié.

Une femme de 26 ans, très débilitée et à la cinquième semaine après un accouchement qui avait terminé une grossesse pénible, fut prise brusquement d'une crise de coliques et de douleurs péri-ombilicales avec arrêt complet des selles et des gaz; puis le calme revient.

Deux jours après, nouvelle crise suivie de vomissements alimentaires, puis bilieux. Le ventre était peu ballonné, peu tendu, mais il existait des phénomènes graves de retentissement nerveux, algidité, pouls petit et filiforme, tétanie des avants-bras, crampes douloureuses des mollets. Un traitement antispasmodique fut institué sans résultat, et le ballonnement du ventre augmentant ainsi que la gravité de l'état général, M. Bouilly se décida à pratiquer la laparotomie. Il ne trouva aucun obstacle en explorant l'intestin; et même fut obligé de cesser ses explorations, vu le très mauvais état de l'opérée. Elle mourut quelques heures après. L'autopsie montra qu'à un mètre de la valvule iléo-cœcale l'intestin grêle coudé en Z était maintenu adhérent par un point de son pourtour à la paroi pelvienne, au niveau de l'insertion du ligament large ; au-dessous de ce point il était presque vide, au-dessus il était fortement distendu, ses parois même étaient enflammées et ecchymosées. Il existe dans la littérature chirurgicale plusieurs faits d'occlusion due à cette coudure brusque de l'intestin, elle s'observe en particulier dans certains cas de hernies enflammées et adhérentes dans le sac. Le point intéressant est celui-ci : le rétrécissement du calibre intestinal n'est en réalité que virtuel et les contractions péristaltiques devraient le vaincre ; au contraire on voit l'obstacle rendre celles-ci inutiles, l'intestin se distend au-dessus, sa paroi se paralyse. Les phénomènes dynamiques jouent donc là un rôle prédominant. Dans l'obstruction fécaloïde, il finit toujours par en être de même; mais dans ce cas, les accidents ont évolué plus vite, et, comme le fait remarquer avec raison M. Hallé, peut-être faut-il admettre chez cette malade épuisée une action perturbatrice plus immédiatement exercée sur le système intestinal.

Que conclure de tous ces faits ? C'est que dans les cas où l'occlusion n'amène pas des phénomènes évoluant lentement, on pourra chercher par tous les

(1) Société de chirurgie, — 29 décembre 1886.

(1) Occlusion intestinale par adhérence et coudure, in *Revue de Chirurgie*, 1887, n° 1.

moyens usuels, douches ascendantes, lavages de l'estomac, électricité, opium, à faire cesser tous les phénomènes d'arrêt des matières; mais si l'occlusion suit une marche franche, fût-elle de nature et de siège inconnus, il faut user avec discrétion des moyens médicaux, se défier de l'accalmie produite par les opiacés et recourir à une intervention chirurgicale hâtive. Elle s'impose et on ne doit pas attendre que les malades soient épuisés, cyanosés, refroidis, pour la pratiquer ; on courrait au devant d'un échec fatal, et on aurait rendu impossible la guérison de la laparotomie, par des hésitations malencontreuses.

Dr Barette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 février.

M. *Peter* présente un travail de MM. les professeurs de Renzi et Amoroso (de Naples), dans lequel ces messieurs concluent que la médication dite antirabique de M. Pasteur est absolument impuissante aussi bien sous la forme primitive que sous la forme intensive ; et que même, sous cette dernière, elle a contribué à aggraver la forme morbide de la rage et à donner plus promptement la mort aux animaux. M. Peter ajoute que ces conclusions sont conformes à celles de l'académicien Edoardo Abreu, de Lisbonne.

M. *Vulpian* répond en opposant la communication de M. Cantani (de Naples) qui a été lue à l'Académie dans la dernière séance et dont les conclusions étaient au contraire favorables à la méthode Pasteur. Il ajoute que M. Amoroso n'est pas professeur, comme le dit M. Peter, que son collaborateur et lui sont des novices en fait d'expériences rabiques ; que M. Amoroso, venu à Paris pour se mettre soi-disant au courant de la méthode, n'y a passé que quelques heures ; — tandis que M. Cantani est un expérimentateur exercé, qui a envoyé un de ses élèves à Paris pour se mettre au courant des procédés de M. Pasteur, sous la direction de M. Pasteur lui-même.

M. Peter maintient que M. Amoroso est professeur à l'université de Naples. M. Vulpian riposte que tous les médecins en Italie s'intitulent professeur, c'est un usage.

M. le Dr *Worms* a été élu associé libre par 45 voix contre 9 à M. Rivière, 8 à M. Magitot, 2 à M. Corlieu.

M. *Panas* a terminé la lecture de sa communication sur la *nutrition de l'œil étudiée au moyen de la fluorescéine et de la naphtaline.* Nous l'analyserons ultérieurement.

M. *A. Ollivier* a lu un intéressant travail sur la pelade.

L'auteur considère que la contagiosité de cette maladie du cuir chevelu n'est pas démontrée, et cela pour les raisons suivantes. Le parasite spécifique de la pelade reste problématique. M. Ollivier n'a jamais observé un exemple démonstratif de contagion, et, en revanche, sur près de 100 cas, il a relevé 30 fois l'influence de causes nerveuses manifestes : traumatismes, frayeurs, chagrin, surmenage, etc. Certaines sections nerveuses ont amené la chute des poils dans le territoire cutané énervé.

La contagion étant problématique, M. Ollivier croit qu'on n'est pas autorisé à interdire l'école aux enfants atteints de pelade, et à entraver d'une façon fâcheuse leurs études pendant un temps parfois fort long. M. Ollivier se conforme dans sa pratique à cette règle de conduite, lorsqu'un examen minutieux du cuir chevelu lui a permis de faire un diagnostic précis, et il n'a pas eu à déplorer un seul cas de contagion.

MÉDECINE PRATIQUE

La diphthérie

Contagion, incubation, inoculation. — Traitements.

J'ai déjà parlé, à diverses reprises, de la diphthérie. Si j'y reviens aujourd'hui, ce n'est pas malheureusement que de grands progrès aient été réalisés dans son traitement. Mais il est des questions si importantes qu'il faut toujours s'en préoccuper et qu'on ne peut laisser passer sous silence les travaux qui s'y rapportent.

I

Une thèse fort intéressante de M. *G. Lancry* (de Dunkerque), vient d'être soutenue à la Faculté de Paris sur la contagion de la diphthérie.

M. Lancry a développé, dans la première partie de son travail, un certain nombre de propositions, dont quelques-unes seulement nous arrêteront, les autres n'étant plus discutées.

La diphthérie est contagieuse ; elle a une période d'incubation, dont la durée habituelle, fixée sur un relevé de 49 cas, paraît être de 4 à 7 jours, mais qui peut être beaucoup moins ou beaucoup plus longue, puisqu'on l'a vue varier entre 12 *heures* et 17 *jours*. A ce point de vue, la diphthérie rentre dans la catégorie des infections à incubation très élastique dont la rage est le type le plus saisissant. Ce rapprochement entre la diphthérie et la rage a été ingénieusement fait pour la première fois par M. le professeur Grancher.

« L'incubation, disait-il dans une clinique, l'année dernière, n'est autre chose que la culture dans l'économie d'un virus, d'un germe qui y a été déposé. Pour que ce germe se développe, il faut qu'il rencontre le terrain qui lui est favorable : or, ce terrain peut être, suivant l'espèce morbide, tel ou tel organe, tel ou tel tissu. Pour le charbon, ce sont les ganglions, c'est la rate ; pour la tuberculose, le tissu conjonctif et lymphatique ; c'est le sang pour certaines formes d'endocardite ulcéreuse ; le vibrion septique trouve son milieu de culture dans les profondeurs des séreuses ; l'agent pathogène de la rage se développe surtout dans le tissu nerveux du cerveau, du bulbe et de la moelle. Quant à la diphthérie, c'est sur les muqueuses qu'elle se développe avec prédilection.

Ces notions étant admises, on conçoit que la culture d'un virus puisse demander un temps plus ou moins long, selon que sa *qualité*, ou sa *quantité*, ou le *siège de son inoculation* varient.

La *qualité* du virus est chose fort importante, les expériences actuelles de M. Pasteur sur la rage le démontrent. Vous savez que, si M. Pasteur a démontré qu'on peut atténuer les virus, et la vaccination du charbon est fondée sur cette atténuation, il a démontré également qu'on peut exalter certains virus, et la vaccination antirabique est fondée, en partie, sur cette exaltation. Tandis que la rage des rues introduite par trépanation dans le cerveau d'un lapin, provoque la rage en quinze jours, le virus exalté dont se sert aujourd'hui M. Pasteur provoque la rage en sept jours.

Nous savons, d'autre part, que toute culture artificielle, c'est-à-dire faite dans un milieu qui n'est pas le milieu de prédilection pour un organisme, tend à diminuer sa virulence, à l'atténuer. Cependant, si l'on quitte le terrain expérimental pour revenir à la pathologie humaine, on est frappé de la fixité habituelle du virus pour chaque espèce morbide. La rougeole, la variole, la syphilis ont des durées d'incubation presque constantes et la gravité de ces maladies dépend beaucoup moins de la qualité du virus que de sa quantité, peut-être, ou du terrain sur lequel il évolue.

La *quantité* du virus introduite dans l'économie est un élément de la plus haute importance et il semble que l'incubation soit d'autant plus courte que cette quantité est plus grande ; la chose est au moins démontrée pour quelques maladies. Toussaint a fait voir que l'incubation du charbon pouvait être raccourcie presque en proportion directe de la quantité de bactéries inoculées. Tout récemment M. Pasteur a montré que, si la rage du loup incube plus rapidement que celle du chien, cela tient non pas à la qualité du virus, mais à la profondeur et au nombre des plaies, c'est-à-dire à sa quantité. Si la qualité du virus est capable d'influer sur la durée de l'incubation, la quantité joue donc quelquefois un rôle prépondérant.

Mais le *siège de l'inoculation* est peut-être plus important encore à considérer. Quand on porte directement sur son terrain de prédilection le virus rabique, il évolue dans un temps presque toujours fixe. La rage donnée par trépanation se développe en quinze ou vingt jours ; au contraire, la rage donnée par morsure peut éclater après quinze jours ou après dix-huit mois.

Evidemment ces différences dans la longueur de l'incubation après morsure, tiennent uniquement à l'arrêt momentané du virus rabique dans tel ou tel point de l'économie, dans la cicatrice, dans les ganglions..... Car ce virus, arrivé au cerveau, en quelque quantité que ce soit, met toujours le même temps à provoquer les symptômes de la maladie. On sait depuis longtemps que les morsures du cuir chevelu, de la face et des membres supérieurs sont plus rapidement dangereuses que celles des autres parties du corps.

Il faut donc soigneusement distinguer le moment où un microbe pénètre dans nos tissus et le moment où il atteint son terrain de culture. Entre les deux dates il peut s'écouler un temps plus ou moins long ; c'est ce temps que M. Pasteur a mis à profit pour la vaccination antirabique, c'est-à-dire pour une certaine imprégnation de l'économie qui rend le cerveau impuissant à cultiver désormais le virus de la rage entré par la morsure.

Si nous faisons à la diphthérie application de ces données, si nous acceptons que le virus de la diphthérie est un virus fixe, mais que la quantité du virus inoculé et surtout le siège de l'inoculation peuvent faire varier le temps de son incubation, nous comprendrons aisément les grands écarts constatés dans les observations entre la pénétration de l'agent contagieux dans l'économie et l'apparition de l'angine. »

La diphthérie est très probablement *inoculable*, continue M. Lanery, parce que des faits cliniques nombreux tendent à le faire admettre, parce que des faits expérimentaux récents plaident dans le même sens (Recherches de Lœffler) ; très probable, enfin, par induction, puisqu'il est acquis qu'elle est contagieuse, qu'elle a une période d'incubation, que, par conséquent, et sans préjudice des autres preuves expérimentales, elle est microbienne, et que logiquement toute maladie microbienne doit pouvoir être inoculée.

D'ailleurs, la recherche du *microbe pathogène*, disait M. Grancher dans la clinique à laquelle nous faisions allusion, a donné lieu dans ces dernières années à des travaux très importants. « Dès 1861, M. Laboulbène avait signalé dans les fausses membranes plusieurs espèces de champignons qui n'ont rien à voir certainement avec la diphthérie ; puis se sont succédées les recherches de Tigri, Hallier, Jaffé, Letzerich, Demme, Kohn, Zahn, etc., dont les résultats ne sont ni concordants, ni acceptables.

Klebs paraît avoir été plus heureux à force de hardiesse ; il faut reconnaitre qu'il a donné un élan nouveau à la question, bien qu'il ait commis aussi des erreurs. Il a trouvé dans les produits diphthériques des microbes différents suivant la région, des micrococques et des bâtonnets ; il en a conclu que la diphthérie du pharynx était caractérisée par des micrococques, et celle du larynx par des bâtonnets. Les bâtonnets seraient à la surface des produits membraneux et perpendiculairement dirigés à la façon des cils vibratiles, comme les observations récentes l'ont confirmé. Klebs avait vu ces microorganismes dans le sang, dans les reins et le système nerveux.

Mais les travaux les plus intéressants sont ceux de Lœffler, assistant de Koch, qui les a publiés dans les *Mittheilungen* de 1884. Cet observateur a cherché à isoler, à cultiver et à inoculer les divers microbes qu'il a trouvés dans les fausses membranes. Les chaînettes ont été par lui cultivées à l'état de pureté, mais inoculées sans succès. Il en a conclu que ces organismes n'ont rien à voir avec la diphthérie.

Lœffler a réussi, dans quelques cas, à cultiver des bâtonnets sur le sérum gélatineux et peptonisé.

Ces cultures donnent des taches blanches, opaques, assez larges. Les bâtonnets de la culture sont rectilignes ou légèrement incurvés. Ils ont sensiblement la même longueur que le bacille de la tuberculose avec une épaisseur un peu plus grande. Leur virulence résiste bien au temps ; car, après sept semaines, elle était conservée. Mais une température de 60 degrés suffit à la détruire. Les cultures de Lœffler ont été faites à 37°

La souris s'est montrée réfractaire aux inoculations ; mais des cobayes, des lapins, des pigeons, des poules, des singes, inoculés sur les muqueuses ouvertes ou enflammées sont morts de diphthérie, ou bien sur le point même de l'inoculation une fausse membrane avec œdème et exsudat hémorrhagique s'est développée.

Malgré l'intérêt de ces expériences, Lœffler conclut que « la preuve stricte de la valeur pathogénique du microbe en bâtonnet n'est pas faite », car il a rencontré dans la bouche d'enfants sains des bâtonnets identiques comme forme et comme propriétés physiologiques.

Le principe contagieux de la diphthérie, qui semble avoir toutes les propriétés que la science attribue actuellement aux microbes, n'a, s'il peut diffuser spontanément dans l'air, qu'un *pouvoir de diffusion très limité*, et qui n'excède pas quelques mètres dans une atmosphère calme comme celle d'une pièce fermée. C'est en se basant sur l'analyse très minutieuse et très sagace de deux épidémies observées dans des écoles, par un de ses amis le Dr Dumas (de Saint-Dié-sur-Loire), et par lui-même à Berck-sur-Mer, que M. Lancry base son opinion. Il ajoute que la diffusibilité spontanée du poison diphthérique est la règle quand la source du poison est sur la voie du courant d'air expiré, c'est-à-dire dans les voies aériennes, qu'elle est l'exception quand la source du poison est sur la peau.

Un fait qui prouve que le poison diphthérique peut rester en suspension dans une atmosphère limitée a été rapporté par M. le Dr Ollivier médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, dans ses Etudes d'hygiène publique (1).

Parrot, recherchant un jour la cause de l'infection diphthérique qui avait atteint simultanément et tué trois de ses petits clients, découvrit que, quelques jours auparavant, ces enfants avaient été conduits en promenade dans une voiture qui avait servi le matin même au transport d'un jeune diphthérique à l'hospice des Enfants-Assistés, ce qui conduit à supposer soit que le germe diphthérique était en suspension dans la voiture quand les enfants y sont montés, soit que ce germe d'abord en suspension dans l'atmosphère de la voiture s'est déposé sur ses parois et en a été chassé par les secousses imprimées au moment de la promenade.

Le principe contagieux de la diphthérie peut être *transporté à distance*, et quelquefois fort loin par les personnes et les choses.

Dans une salle d'hôpital, on a vu la contagion s'exercer de lit à lit exclusivement chez des malades d'une rangée, exclusivement chez des malades gardant le lit, et cela sans doute parce qu'une et même infirmière chargée du soin de cette rangée portait la contagion involontairement d'un lit à l'autre.

On ne sait combien de temps le poison diphthérique peut conserver son activité en dehors de l'organisme, dans les linges, les tissus de vêtements. En tout cas, on doit expressément recommander de détruire tous les objets qui ont pu être souillés par les malades diphthériques.

Une question qui a été agitée par M. Revilliod (de Genève), *Bulletin de la Société Médicale des hopitaux* (1876) est relative à la *prédisposition héréditaire* qui paraît exister dans certaines familles. Sur 65 familles, 14 ont eu des enfants qui ont été atteints de diphthérie un, deux, trois ans et plus après avoir eu un premier enfant mort de diphthérie. M. Lancry conteste la validité de cette conclusion. Peut-être, dit-il, le germe diphthérique avait-il séjourné depuis la maladie du premier enfant sur les parois des chambres et meubles, et surtout sur les vêtements enfermés longtemps dans les armoires, auquel cas les enfants de la famille où avait eu lieu un premier cas de diphthérie étaient exposés en premiere ligne à la contracter de nouveau. La prédisposition personnelle, en tout cas, n'est guère contestable. Je citerai plus loin le cas d'un interne de l'hôpital des Enfants qui a contracté la diphthérie deux fois cette année, et je connais plusieurs exemples semblables.

M. Lancry a consacré la seconde partie de sa thèse à l'étude de la *prophylaxie* sociale, hospitalière et domestique de la diphthérie. Notre collègue s'élève avec raison contre l'organisation défectueuse de nos hôpitaux d'enfants où la promiscuité des consultations et l'isolement insuffisant des malades atteints de diphthérie et de rougeole, l'impossibilité d'isoler les scarlatines et les coqueluches, l'absence de salles spéciales d'observation pour les cas de diagnostic douteux (angines pultacées ou croups d'emblée sans angine, etc.) sont les causes principales de la mortalité si élevée des hôpitaux d'enfants. Nous ne pouvons qu'applaudir au vigoureux réquisitoire de notre collègue qui n'a pas seulement signalé le mal, mais a indiqué certains remèdes malheureusement inégalement applicables.

II

Notre confrère, M. le Dr Osiecki, membre du Concours médical, vient d'obtenir plusieurs guérisons d'angines couenneuses et de croups par le traitement suivant. Trois fois par jour, il fait des attouchements du pharynx et des amygdales avec le mélange de :

Teinture de ratanhia..........	10 grammes
— de benjoin........	5 —
— d'aloès...........	3 —

Chaque attouchement est suivi d'une insufflation de la poudre suivante :

Tannin.....................	1 gr. 50
Soufre sublimé............	ââ 2 grammes
Chlorate de potasse.........	ââ 2 grammes

(1) Paris 1886. G. Steinheil éditeur.

Parmi les applications de la méthode antiseptique au traitement du croup et de l'angine couenneuse, il convient de signaler d'une façon particulière celle que M. Renou (de Saumur) a préconisée en 1883 et sur laquelle l'attention des praticiens ne s'est peut-être pas assez arrêtée. La raison de cette indifférence vient probablement de ce que la méthode de M. Renou n'a pas semblé nouvelle, parce qu'elle ne repose sur aucun médicament nouveau, M. Renou ayant proposé de substituer la *vaporisation* de substances antiseptiques employée à l'exclusion de toute autre intervention à la *pulvérisation* de ces substances habituellement usitée comme simple adjuvant des autres procédés thérapeutiques. Le spray antiseptique d'acide phénique, de sublimé, d'acide salicylique fait en effet partie de l'ensemble des moyens généralement combinés depuis quelques années dans le traitement de la diphthérie. Mais il est certain que son efficacité est à peu près nulle ; le brouillard phéniqué ne dépasse probablement guère l'isthme du gosier et, d'ailleurs, si fréquentes qu'on suppose les pulvérisations dirigées sur la gorge du malade, elles n'auront jamais qu'une action intermittente.

L'élévation de la température de l'air augmentant sa capacité hygrométrique, M. Renou a pensé qu'en maintenant suffisamment élevée la température d'une chambre de malade, on peut espérer saturer cette atmosphère limitée de vapeurs antiseptiques et porter celles-ci jusqu'aux dernières ramifications de l'arbre aérien.

M. Renou installe son malade dans une chambre convenablement aérée et ventilée, pas trop vaste et y maintient une température de 20° à 22° centigrades. Si la pièce est grande, on peut au moyen de paravents et de couvertures, y circonscrire, un espace de moindre dimension pour y placer le malade et concentrer la vapeur sur la tête de celui-ci au moyen d'un rideau entourant le fourneau vaporisateur et la tête du lit. La vaporisation est effectuée au moyen d'un ou deux petits fourneaux de cuisine à pétrole, portant une ou deux casseroles contenant environ deux litres d'eau en ébullition, dans laquelle on verse toutes les trois heures une cuillerée à bouche de la solution suivante :

Acide phénique.............	280	grammes.
Acide salicylique...........	56	—
— benzoïque........	112	—
Alcool rectifié...............	468	—

Chaque cuillerée représente 5 grammes d'acide phénique, 2 grammes d'acide benzoïque, 1 gr. d'acide salicylique, de sorte qu'en 24 heures on vaporise en moyenne 40 grammes d'acide phénique, 16 gr. d'acide benzoïque, 8 gr. d'acide salicylique. On peut d'ailleurs proportionner la quantité de substances antiseptiques vaporisées à la gravité du mal, au cubage atmosphérique de la chambre et aussi à l'âge du malade. Celui-ci doit rester dans le milieu saturé de vapeurs antiseptiques jusqu'à la disparition entière des accidents et, s'il a été trachéotomisé, jusqu'à cicatrisation de la plaie. On l'alimente le plus possible ; on lui donne les toniques et les stimulants d'usage : café, vin, cognac, mais on ne touche pas à la gorge. On ne fait ni badigeonnages, ni irrigations, ni cautérisations, ni arrachement des fausses membranes. Quand l'indication de la trachéotomie existe, on opère.

Lorsque notre confrère, M. Renou, que tout le monde s'accorde à considérer comme un médecin instruit, sage et bon observateur, a fait connaître en 1883 à la Société de médecine d'Angers cette méthode, appliquée depuis un an seulement par lui et ses confrères de Saumur, il citait 15 angines diphthériques graves avec ou sans croup, avec ou sans trachéotomie, sur lesquelles on comptait 13 guérisons. On pouvait croire seulement à une série heureuse. Mais, depuis cette époque, M. Renou et ses confrères de Saumur ont continué à obtenir de beaux résultats.

D'autres médecins à Nantes, à Jonzac, ont fait connaître des succès encourageants, et tout dernièrement mon ami et ancien collègue d'internat à l'hôpital des enfants, P. Geffrier (d'Orléans), dont j'apprécie le talent d'observation et l'esprit critique, vient d'inspirer une thèse très favorable à la méthode de M. Renou.

Une objection qui vient naturellement à l'esprit, c'est que l'absorption continue d'une pareille quantité d'acide phénique doit produire assez rapidement une intoxication dont la gravité chez les enfants surtout est incontestable. On a publié déjà bien des cas de collapsus mortel chez des enfants à la suite de lavements phéniqués ou d'injections phéniquées intra-pleurales. Cependant, M. Renou déclare que l'intoxication phéniquée ne s'est montrée qu'exceptionnellement chez ses malades. Elle s'est montrée cependant, et il cite deux cas où la mort a pu lui être attribuée. Mais, si l'intoxication est rare et si l'efficacité de la méthode est incontestable, il est naturel de n'y pas renoncer par cette seule crainte. D'autant qu'on pourra toujours suspendre le traitement dès qu'on verra les urines devenir noires et l'hypothermie se manifester d'une façon inquiétante.

L'expérience seule entreprise sur une grande échelle, permettrait de résoudre la question ; malheureusement l'expérimentation des traitements de la diphthérie dans les hôpitaux d'enfants à Paris est devenue très difficile à exécuter depuis la création des pavillons d'isolement, dont le service est fait par chacun des médecins de l'hôpital pendant deux mois seulement. Il est bien difficile en deux mois d'aboutir à une conclusion, et il est rare qu'un médecin continue à expérimenter la méthode inaugurée par son prédécesseur.

D'autre part, il est assez difficile dans la clientèle d'instituer depuis le début jusqu'à la fin un seul traitement méthodique chez un malade, surtout lorsqu'il s'agit d'un traitement dans lequel on ne touche pas à la gorge, on ne cautérise pas. Combien de parents consentent à laisser le médecin faire uniquement ce qu'il veut jusqu'à la fin ! Les conseils de chacun intervenant, les critiques pleuvant sur le médecin, celui-ci a bien de la peine à ne

pas céder aux sollicitations et à ne pas essayer simultanément plusieurs moyens, parmi lesquels il est impossible de savoir, en cas de guérison, lequel a été le véritable agent de salut.

Cependant, défiance des familles mise à part, la méthode Renou sera toujours plus facile à appliquer que celle de M. Soulet (de Romorantin) qui mérite cependant, elle aussi, grande considération, car elle a déjà donné plusieurs remarquables succès à ma connaissance entre les mains d'un observateur dont il faut louer l'excellent esprit, M. Ernest Gaucher, médecin des hôpitaux de Paris. Cette méthode, toute contraire à celle de M. Renou, consiste à concentrer tous ses efforts sur la destruction des fausses membranes et la cautérisation antiseptique de la muqueuse sous-jacente. Voici en quoi elle consiste. On fait une solution saturée d'acide phénique et de camphre dans l'alcool ; puis, avec un pinceau rude taillé en brosse, imprégné de cette solution, mais exprimé assez pour que des gouttes de liquide caustique ne tombent pas dans le larynx, on frotte vigoureusement toutes les parties de la gorge qui sont recouvertes de fausses membranes ; la friction doit être assez énergique pour entraîner mécaniquement une partie de celles-ci ; on recommence ainsi quatre fois coup sur coup sans se laisser arrêter par les souffrances souvent terribles du malade.

Deux séances semblables sont faites chaque jour jusqu'à ce que les fausses membranes aient cessé de se reproduire. Dans l'intervalle on fait de fréquentes irrigations avec une solution phéniquée au centième. Mais la condition absolue du succès paraît être l'énergie avec laquelle la cautérisation est pratiquée ; il faut non seulement enlever par friction les couches pseudo-membraneuses, mais il faut modifier la muqueuse dénudée et empêcher par la cautérisation la pénétration des agents infectieux dans les capillaires devenus béants et saignants par cette dénudation. Or, les souffrances du malade sont telles qu'il faut s'armer vraiment de stoïcisme pour passer outre. S'il s'agit d'un adulte courageux et confiant dans son médecin, celui-ci pourra réussir ; s'il s'agit d'un enfant, il faut avoir gagné d'une façon rare la confiance de la famille pour lui faire accepter une deuxième séance de badigeonnages caustiques après qu'elle aura assisté aux douleurs causées par la première.

Enfin, une critique à faire à cette méthode, c'est l'entrave qu'elle apporte à la déglutition et à l'alimentation par l'intensité de la réaction inflammatoire qu'elle provoque. Et, cependant, je me promets de l'essayer quand les circonstances le permettront ; car je considère qu'elle vient de conserver à la science et à ses nombreux amis un interne du plus brillant avenir qui, ayant contracté la diphthérie pour la deuxième fois de l'année à l'hôpital, allait succomber très probablement, vu la gravité croissante des accidents, quand M. Gaucher appliqua dans toute sa rigueur la méthode ci-dessus décrite, et c'est à partir de ce moment que s'est manifestée une amélioration qui a abouti à la guérison.

Dans un prochain article, nous parlerons du tubage de la glotte, qui nous revient d'Amérique après être né en France.

Dr P. Le Gendre,
Chef de clinique adjoint à l'hôpital des Enfants.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le secret professionnel.

Lecture faite au Syndicat suburbain de l'arrondissement de Bordeaux, par le Dr Bretenoux (de Cadillac).

Messieurs,

« Ma langue ne répétera pas les secrets qui me seront confiés », est-il écrit dans l'admirable serment qu'une vieille Faculté fait prêter au jeune docteur qu'elle vient de recevoir et, en cela, elle suit une sainte tradition plus vieille encore, puisque Hippocrate, lui-même, imposait ce serment à ses élèves. Or, dans la grande famille médicale, cette obligation s'est transmise de génération en génération, avec la même dévotion qu'ont été transmis les nobles sentiments de l'honneur. Aujourd'hui, comme autrefois, qui dit médecin dit religieux dépositaire du secret confié et jamais aucun de nous, pour garder le secret professionnel, n'a pensé préalablement qu'il y était contraint par le code. Il nous arrive parfois, cependant, de voir la justice frapper certains de nos confrères pour infraction à l'article 378 du code pénal ; mais le plus souvent ces arrêts n'atteignent pas leur honorabilité, car presque toujours, s'ils désobéissent à la loi, ils obéissent à leur conscience et, pour avoir été des prévenus, ils n'en sont pas moins restés d'honnêtes médecins. C'est que, si le secret professionnel nous impose des devoirs, il nous donne aussi des droits, et il est souvent difficile de délimiter au juste où finissent ceux-ci et où commencent ceux-là. La loi elle-même laisse le champ vaste aux interprétations, qui n'ont pas manqué d'affluer, presque aussi dissemblables que nombreuses. Les jurisconsultes les plus éminents ont différemment commenté le texte du code ; les Cours suprêmes ont différemment jugé, comme les meilleurs esprits chez les médecins ont différemment compris les exigences de l'obligation purement morale telle que la respectaient autrefois nos ancêtres dans l'art de guérir. C'est ce qui permet de généraliser ce que, dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, un de nos plus érudits confrères de la Gironde a dit d'un point spécial du secret professionnel : « *Grammatici certant et adhuc sub judice lis est.* »

Loin de nous, Messieurs, la prétention orgueilleusement sotte de vider le procès. Ce que nous voulons, c'est simplement commencer avec vous l'étude de cette grande question du secret professionel, étude qui nous permettra plus tard, je l'espère, d'établir des règles fixes, sur lesquelles les membres du Syndicat suburbain pourront conformer leur ligne de conduite.

Nous diviserons notre étude en deux parties : dans la première nous parlerons des devoirs du médecin envers ses clients et la société au point de vue du secret professionnel, et dans la deuxième, qui fera l'objet d'une autre réunion, nous étudierons les droits du médecin à ce même point de vue.

Devoirs du médecin envers ses clients au point de vue du secret professionnel.

L'ancienne jurisprudence et les arrêts de la Cour de cassation avaient décidé que la révélation du secret confié n'était délictueuse que si elle était faite avec l'intention de nuire et, en cela, elle était moins sévère que la tradition médicale, qui nous faisait un devoir moral de taire tout ce qui arrivait à notre connaissance dans l'exercice de nos fonctions ; mais on est revenu sur cette doctrine, et la Cour de cassation, à la satisfaction générale, a décidé, par un arrêt du 18 décembre 1885, que le délit existe dès que la révélation a été faite, que ce soit avec ou sans intention de nuire. De longues discussions, dont vous avez eu connaissance, ont établi la justesse de cette théorie, aussi ne voulons-nous pas vous les rappeler, nous contentant de retenir que le médecin doit à son client, de par la tradition et de par la loi, un secret absolu sur toutes les choses qui lui ont été confiées.

Nous voilà déjà, Messieurs, en présence d'une première difficulté. Les mots, *choses confiées*, doivent-ils être pris dans l'acception propre du mot, c'est-à-dire, doit-on comprendre les choses spécifiées au médecin comme étant livrées sous le sceau du secret ? Ce serait peut-être une traduction littérale de l'article du code, mais tout le monde s'accorde à reconnaître que ce serait là une fausse interprétation. M. Bruno-Lacombe, dans le discours qu'il prononça à la rentrée de la Cour de Bordeaux, où il cherche à résumer la nouvelle jurisprudence, s'exprime en ces termes : « Est-il, en effet, nécessaire pour que le médecin soit tenu au silence, nous ne dirons pas que le malade lui ait demandé le secret, mais même à proprement parler lui ait confié un secret? N'est-ce pas lui en confier un que de l'appeler à visiter les parties les plus intimes de son corps, etc. ? » La tradition, d'un autre côté, par le serment d'Hippocrate, ne nous dit-elle pas : « Quoi que je voie ou entende dans l'exercice de mes fonctions, je le tiendrai en tout pour un secret. » Aussi, sans tenir compte de l'avis contraire de Trébuchet, accepterons-nous qu'il existe entre le médecin et les malades un accord tacite qui fait considérer comme chose confiée à la discrétion du médecin tout ce que le malade découvre à ses investigations, s'il ne lui manifeste aucune intention à ce sujet.

J'attire votre attention, Messieurs, sur ce membre de phrase : « s'il ne lui manifeste aucune intention à ce sujet », car c'est là que nous allons nous trouver en désaccord avec nombre de jurisconsultes et de confrères distingués qui veulent donner et donnent, en réalité, à la loi une signification absolue que je crois de notre devoir de repousser. Je précise la question : ce qui nous est livré, avec demande ou autorisation de le divulguer, doit-il rester secret, et le médecin manquera-t-il à ses devoirs s'il se prête à cette divulgation, soit par une déposition verbale, soit par un rapport, soit par un certificat ?

La santé ou la maladie ne sont pas essentiellement secrètes comme un secret d'État, par exemple, et il n'est jamais arrivé à l'idée de personne qu'on pourrait exercer des poursuites contre ceux qui proclament leur vigueur ou leurs infirmités ; elles ne deviennent soumises au secret que par le dépôt de confiance qui en est fait et le secret professionnel n'existe qu'autant qu'il est créé par le déposant. Prétendre qu'il peut y avoir dépôt, amenant comme conséquence le secret professionnel, en dehors de la volonté du déposant et du dépositaire, c'est prétendre ou bien que la santé et la maladie sont des secrets d'état social, chose absurde, ou bien, ce qu'on a semblé dire, que c'est la fonction même du médecin qui transforme par son contact tout ce qui touche à elle. Mais s'il suffisait d'être médecin pour donner à une chose le caractère que personne ne lui connaît, si le secret dépendait essentiellement de la profession médicale, que deviendraient les médecins experts et comment pourraient-ils divulguer ce qu'ils découvrent ? Pour expliquer leur rôle, on se base sur ce principe : « qu'on ne leur confie rien », mais alors c'est avouer que le dépôt de confiance dépend du déposant et on arrive à prouver ce que nous disons. Tel est donc le dilemme qui se pose : ou le dépôt de confiance reçoit son caractère de la personnalité abstraite du médecin, et alors plus de médecins experts, plus de rapports, plus de certificats, ce qui est absolument contraire au bon sens ; ou le dépôt de confiance est soumis à la volonté du déposant, et alors le médecin divulguant une maladie avec l'autorisation de son client n'enfreint pas l'article 378 du code pénal. Il n'y a pas délit, car la loi ne vise que le dépôt de confiance et ici il n'y en a pas. Écoutez plutôt Rauter, dont on accepte généralement l'opinion sur la nature du délit commis contre cet article : « Le délit consiste dans la violation du dépôt de confiance fait aux personnes dont il s'agit. L'intention criminelle existe donc par cela seul que le dépositaire viole volontairement ce dépôt et se met ainsi au-dessus de la loi. Il n'est donc pas nécessaire qu'il veuille nuire à la personne dont la confiance est lésée, il suffit qu'il veuille nuire au dépôt qu'il a reçu. » C'est aussi dans ce sens que la Cour de cassation a jugé dans l'affaire du Dr Watelet : « Attendu, dès lors, que l'élément intentionnel du délit consiste, selon les règles ordinaires du code pénal, dans la transgression volontaire et dans la connaissance, par la personne tenue au secret, qu'elle viole le dépôt de confiance qui lui a été fait, etc. » C'est, comme on le voit, la personnalité abstraite du dépôt qui est en jeu et c'est le préjudice porté à cette individualité fictive que la loi veut atteindre. Or, s'il n'y a pas de dépôt, il ne peut y avoir préjudice causé contre lui par la vulgaire raison qu'on ne saurait atteindre ce qui n'existe pas. Il nous est donc permis de conclure que la volonté du malade, nettement exprimée, enlève à la révélation faite par le médecin tout caractère délictueux.

(*A suivre.*)

Projet d'organisation des chambres médicales en Autriche.

M. le Dr Lasalle, de Lormont (Gironde) a proposé à l'Union des Syndicats la mise à son ordre du jour de 1887 de l'Etude de la question de l'ordre des médecins. C'est à ce propos que nous reproduisons l'article suivant de la *Gazette hebdomadaire* :

« Des questions intéressantes à un autre point de vue ont été discutées dans un congrès de médecins tenu dans le cours de l'année à Innsbrück. La première réunion de ce genre eut lieu en 1873 à Vienne. L'institution de ces assemblées est excellente ; il serait à désirer qu'il y en eût partout de semblables ; peut-être les questions relatives à l'organisation médicale, à celle de la police sanitaire deviendraient-elles plus faciles à résoudre qu'elles ne le sont dans les conditions actuelles. On a parlé chez nous de la création d'un ordre de médecins comparable à celui des avocats : c'était employer un mot fâcheux et sou-

lever une question des plus contestables. Il n'en est pas moins vrai cependant que, dans la plupart des pays d'Europe, lorsque le pouvoir exécutif ou le pouvoir législatif veulent prendre l'avis du corps médical, ils ne savent à qui s'adresser. Personne n'a le droit de parler en son nom, car personne n'a reçu de délégation pour cela. Il existe des Sociétés savantes, des Sociétés de secours et de défense mutuelle, des commissions administratives. Les unes se composent d'adhérents volontaires; d'autres, après une première investiture de l'Etat, se recrutent elles-mêmes; d'autres enfin (les comités d'hygiène, par exemple) sont formées directement par les administrations. Aucune de ces conditions ne suffit pour constituer un droit; les médecins n'ont rien de comparable au Conseil supérieur de l'Université, aux Chambres électives de commerce, d'huissiers ou de notaires. Avant la Révolution, les choses étaient organisées avec plus de logique. Toutes les mesures relatives à la santé publique et à la police médicale étaient du ressort de l'autorité royale. A la tête de ce département se trouvait le premier médecin du roi. L'élection ne tenait aucune place, et c'était naturel, puisque la suprématie et l'unité du pouvoir central étaient admises partout le monde.

Nos confrères autrichiens voudraient faire revivre une organisation analogue, mais démocratique. Chaque Etat de l'empire aurait sa chambre médicale, comprenant tous les médecins sans exception et nommant ses administrateurs; un projet de réforme basé sur ces principes a été présenté dans différents Congrès et proposé de nouveau à celui d'Innsbrück.

L'agitation faite jusqu'à ce jour autour de la question n'a pas conduit encore à des résultats sérieux, non plus qu'en France, et cela se conçoit sans qu'il soit nécessaire d'insister. Les administrations sont animées d'excellentes intentions; elles admettent la rigueur des principes et l'urgence des réformes. Quant à les commencer, c'est une autre affaire: il faut forcer les portes et leur présenter des lois toutes préparées; c'est le véritable rôle des assemblées de cette nature. Une pétition rédigée et fondée sur les considérations suivantes a été élaborée par MM. Janowski et Cohn:

1° Considérant que les médecins, dont l'art est un des plus importants et des plus actifs de l'Etat, ont une situation inférieure à celle à laquelle leur donnent droit leur nombre et leur instruction, il est nécessaire d'établir chez eux une concentration professionnelle et une organisation assez solide pour qu'elle puisse vaincre les obstacles que rencontre l'exercice de leur légitime influence dans l'Etat et la société. Cette concentration ne peut se faire qu'au moyen des chambres professionnelles.

2° Ces chambres devront être légalement reconnues et posséder une autorité suffisante pour assurer l'honorabilité du corps, ses progrès, l'avenir de ses membres et de leur famille; défendre ses intérêts, faire connaître les nécessités sanitaires, soutenir les administrations qui en sont chargées, provoquer l'amélioration des lois existantes et la mise en vigueur des mesures urgentes. A tous ces points de vue, les chambres médicales sont aussi indispensables que l'ordre des avocats ou les chambres de commerce reconnues par le Gouvernement et en rapport direct avec lui.

3° Elles devront être organisées sur les bases suivantes: chacune d'elles est constituée par tous les médecins pratiquant dans un territoire de la Couronne, quel que soit leur grade; elles formeront, suivant les conditions régionales, une assemblée unique ou des assemblées multiples, dont chacune élira son président. Les assemblées plénières se tiendront sur la proposition d'une assemblée partielle ou de quelques membres, dans des conditions déterminées par une loi spéciale; c'est elle qui nomme les conseils de discipline, et, dans certains cas, les conseils d'hygiène locaux. Des cercles seront constitués pour choisir, au vote secret, des membres chargés de l'administration de la Chambre; on tiendra compte, pour les former, du vœu des corporations et des Sociétés médicales.

4° Les Chambres jouiront des droits suivants: à chacune d'elles appartient l'administration sanitaire du pays correspondant; elles devront être consultées à propos de toutes les mesures administratives ou législatives qui concernent les médecins ou la santé publique; elles donneront leur avis dans les cas de poursuites juridiques exercées contre les médecins pour négligence ou fautes dans l'exercice de l'art; elles pourront prendre tous les renseignements relatifs à l'hygiène et à la santé publique; faire toutes les communications, propositions convenables à ce sujet; elles auront le droit, contrairement à la loi du 30 avril 1870, de nommer un nombre déterminé de membres des conseils d'hygiène; d'augmenter leurs ressources par les cotisations de leurs membres; le droit de discipline sera fixé par un décret ou arrêté pris dans les formes légales, mais il ne sera pas fixé avant que les Chambres médicales aient été entendues.

Lesdites Chambres sont tenues de veiller, dans la mesure de leurs attributions et de leurs ressources, sur la situation des médecins, et de défendre leurs droits; de favoriser le développement des institutions philanthropiques, des caisses de secours et autres institutions de prévoyance, favorisant le bien-être et assurant l'avenir des membres et de leurs familles; de donner des avis soit aux administrations d'Etat, soit aux administrations locales, sur tout ce qui touche aux intérêts sanitaires ou médicaux; dans les litiges juridiques relatifs à l'exercice de la médecine.

En attendant la constitution de ces chambres, les administrations ne perdent aucune occasion de légiférer en matière médicale ou pharmaceutique. Ainsi le gouvernement de la Basse-Autriche a porté récemment à la connaissance des magistrats qu'un thé portant une marque populaire devrait être désormais rangé parmi les médicaments et vendu exclusivement par les pharmaciens. Ce produit renferme une quantité relativement sérieuse de têtes de pavots; il paraîtrait même qu'il a produit parfois des accidents mortels chez les enfants. Les capsules de pavots, même recueillies avant leur maturité, renferment les alcaloïdes de l'opium à dose assez élevée pour qu'on doive les regarder comme des médicaments actifs, et ne point les délivrer sans ordonnance. La vente par d'autres personnes que par les pharmaciens ne saurait être, dans aucun cas, tolérée. En conséquence, le commerce du produit connu sous le nom de thé Double est rigoureusement interdit, et sa présence dans les boutiques ou magasins donnera matière à contraventions et à poursuites devant les magistrats compétents. »

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Perrenot, de Solliès-Pont (Var), présenté par le docteur Géry, de Solliès-Pont.

M. le Dr Jaubert, de Serres (Hautes-Alpes), présenté par le Directeur.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat médical de l'arrondissement de Corbeil.

Procès-verbal.

Le syndicat s'est réuni le 16 janvier 1887, à Corbeil, hôtel de Bellevue.

Étaient présents : MM. Maugenest, Chairon, Boucher, Cherière, Ladroitte, de Saint-Martin et Surbled.

Excusés : MM. Pépin, Du Souich, Lhoste.

La séance est ouverte à 3 heures.

M. Chairon, président, communique une lettre de M. Osiecki qui donne sa démission pour cause de départ.

L'ordre du jour porte sur l'Union des syndicats de Seine-et-Oise. Cette union, reconnue nécessaire, est acceptée.

Le bureau sera chargé d'y représenter le syndicat de Corbeil.

La question de l'inspection des nourrissons n'ayant pas fait un pas depuis plus d'un an qu'elle est agitée dans nos réunions, M. Surbled propose de voter la délibération suivante :

« Les médecins de l'arrondissement de Corbeil réunis en assemblée générale réclament de l'administration départementale la modification du règlement de l'inspection des nourrissons dans les deux points ci-après : 1° suppression du carnet de visites ; 2° adoption du tarif appliqué en Seine-et-Marne depuis plusieurs années et sauvegardant à la fois les intérêts du département et ceux des médecins. » La proposition est acceptée à l'unanimité.

Il est procédé à l'élection du bureau pour 1887. M. de Saint-Martin est nommé président, et M. Ladmiral vice-président. M. Surbled est maintenu dans ses fonctions de secrétaire-trésorier.

La séance est levée à 4 heures.

Le Secrétaire,
Dr SURBLED, de Corbeil.

NOUVELLES

— Le nouveau directeur de l'Assistance publique au ministère de l'Intérieur est M. Monod, préfet du Finistère, qui est bien connu du monde médical par ses travaux sur l'hygiène, les enfants assistés, l'inspection des nourrissons. Nous applaudissons à ce choix.

— Le Congrès de Biarritz, dans l'Assemblée générale tenue le 8 octobre dernier, a voté les articles suivants, consacrés à l'organisation définitive du Congrès international d'Hydrologie et de Climatologie.

Art. 1er. — Les sessions du Congrès international d'Hydrologie et de Climatologie auront lieu tous les trois ans ; elles se tiendront alternativement en France et dans un autre pays.

Le prochain Congrès, par dérogation à cet article, se tiendra à Paris, en 1889, pendant l'Exposition universelle.

Art. II. — En France, ainsi que dans les autres pays, les sessions se tiendront dans une ville autre qu'une station thermale.

Art. III. — Le Bureau de chaque Congrès est chargé de pourvoir, en temps opportun, à la formation d'un Comité destiné à organiser le Congrès suivant.

Art. IV. — Les communications et mémoires présentés aux sections du Congrès seront rassemblés en un volume par les soins d'un Comité de publication qui aura tous pouvoirs à ce sujet.

N. B. — Le volume, compte-rendu officiel des travaux du Congrès, est actuellement sous presse, et paraîtra vers le mois d'avril. Il sera adressé gratuitement à tous les Membres Adhérents du Congrès.

Concours de l'internat

Les candidats nommés et classés par ordre de mérite à la suite du concours qui vient de se terminer sont :

Internes titulaires.

1. MM. Dupré (M.-E.), Bourges Alcindor, de Loustalot-Bachoué, Sollier, Louis, Souques, Noguez, Calot, Mosny, Boulay, Mauny, Chopard, Bouffe, Hautecœur, Mlle Klumpke, MM. Morel, Parolle, Despaigne, Dupré (E.-F.)

21. MM. Bellanger, Decressac, Gampert, Hamon, Vimont, Mordret, Vilpelle, Lenoir, Pallier, Pfender, Dagron, Cuvillier, Mauclaire, Courtois-Suffit, Mariage, Foulalion, Ardoun, Canniot, Aldibert, Iscovesco.

41. MM. Michaut, Roussan, Thibault (A.), Lefebvre, Vigneron, Wallich, Couder, Arnould, Nodot, Luzet, Faure, Mallet.

Internes provisoires.

53. MM. Laffite, Lamotte, Marquézy, Laumet, Macon, Willemin, Oustaniol, Gibotteau.

61. MM. Delaunay, Sardou, Reblaud, Bezançon, Bouel, Thibault (H.-M.), Méloir, Mlle Edwards, MM. Tuilant, Raoult, Macry, Cohen, Duscaud, Pilliet, Thomas, Dufestel, Civel, Audain, Buscarlet, Gauthier.

81. MM. Renault, Marty, Souplet, Viniant, Thérèse, Lelièvre, Gauly, Aubert, Sauvineau, Macquart, Enriquez, Malherbe, Létienne, Léonardi, Gresset, de Grandmaison.

Prix proposés par la Société de chirurgie de Paris.

ANNÉE 1887.

PRIX DUVAL : 300 fr. en livres. — A la meilleur thèse de chirurgie.

PRIX LABORIE : 1,200 fr. — Au meilleur travail inédit sur un sujet de chirurgie.

PRIX GERDY : 2,000 fr. *Des hernies adhérentes au sac ; accidents et thérapeutique.*

PRIX DEMARQUAY : 800 fr. — *Pathogénie et traitement des kytes hydatiques du foie.*

Les thèses et manuscrits envoyés pour les prix doivent être déposés au siège de la Société, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre.

NÉCROLOGIE

M. Th. GALLARD, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine, médecin en chef du chemin de fer d'Orléans, membre du comité consultatif d'hygiène de France, membre du conseil général de l'Association des médecins de France a succombé, inopinément la semaine dernière. Il venait de présider le concours de l'Internat. M. Gallard a fait porter ses travaux principalement sur la gynécologie, l'hygiène et la médecine légale ; ses écrits sont importants. Outre deux volumes de leçons cliniques, il a publié plusieurs articles dans le dictionnaire de Jaccoud et de nombreux mémoires dans les périodiques.

Son enseignement libre dans les hôpitaux avait eu un réel succès.

— Nous apprenons également la mort de M. BÉCLARD, doyen de la Faculté, que vient d'emporter une pneumonie.

Nous remettons à la semaine prochaine sa notice nécrologique.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André3,

Neuvième année **N° 8** 19 Février 1887

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE:

LA SEMAINE MÉDICALE

De l'ipéca comme agent curateur de la dilatation gastrique.

M. le Dr *Albert Mathieu* fait connaître un mode de traitement de la dilatation de l'estomac dont il a obtenu des résultats satisfaisants. Ce traitement complexe vise quatre buts :

1° Eviter la surcharge alimentaire. Pour y arriver, M. Mathieu ne tolère d'autres légumes qu'une petite quantité de pommes de terre. Il recommande la division minutieuse des aliments. Il conseille d'augmenter le nombre des repas et de diminuer la masse d'aliments ingérés à chacun d'eux. Comme boissons, il recommande, comme son maître M. G. Sée, le thé léger chaud le matin, le grog léger chaud le soir. Il laisse d'ailleurs les malades boire à leur soif.

2° Assurer la régularité des fonctions intestinales. Une poudre composée de magnésie, de crème de tartre et de soufre précipité, mélangés à parties égales, dont on prend une cuillerée à café au commencement de chaque repas est prescrite, par M. G. Sée, contre la constipation, conjointement avec l'usage des lavements froids additionnés de glycérine.

3° Relever le ton général de l'organisme. Douches froides en pluie de 25 à 30 secondes tous les deux jours ou, si elles sont mal tolérées, douches tièdes en jet le long de la colonne vertébrale.

4° Relever plus particulièrement la tonicité de la fibre musculaire de l'estomac. Comparant ingénieusement la gastrectasie à l'asystolie cardiaque, M. Mathieu s'est demandé si un médicament ne pourrait pas jouer dans le traitement de la première le rôle si remarquable que joue la digitale dans le traitement de la seconde. La fève de Calabar, la noix vomique ne lui ont pas paru réussir habituellement à stimuler la contractilité gastrique aussi bien que l'ipéca. Seulement il ne faut pas donner la poudre d'ipéca à dose vomitive.

M. Mathieu prescrit la poudre d'ipéca sous forme de cachets. Tout d'abord il donne le matin, tous les deux ou trois jours, un cachet qui renferme 5 centigrammes d'ipéca. La plupart des malades ne vomissent pas avec cette dose : à peine ont-ils de légères nausées et un peu de salivation. S'ils vomissent une ou deux fois, d'ailleurs, il n'y a pas d'inconvénients ; en cas de susceptibilité spéciale, M. Mathieu abaisse la dose d'ipéca à 2 ou 3 centigrammes tous les deux ou trois jours. Il pense, sans en être certain, qu'il est utile que les malades éprouvent un peu de salivation, indice de l'action médicamenteuse.

5° Calmer les douleurs. L'usage des boissons chaudes, de l'eau *chloroformée* ou *du chlorhydrate* de cocaïne à la dose de 5 à 10 centig. remplit cette indication.

C'est surtout dans les cas où des phénomènes accentués de flatulence coexistent avec des crises de gastralgie que l'ipéca réussit, d'après l'auteur : son action suppose une intégrité relative de la fibre musculaire, de même que les cœurs dont la fibre est encore intacte répondent seuls à la digitale. M. Mathieu ajoute que la rétraction ou l'absence de rétraction de l'estomac sous l'influence de l'ipéca lui paraît constituer au point de vue du pronostic un point de repère important, la rétraction mesurant en quelque sorte le degré d'intégrité de la fibre musculaire de l'estomac dont la contraction et la tonicité se produisent dans les limites du possible.

Ces recherches de M. Albert Mathieu sur l'action de l'ipéca sont certainement intéressantes, et il y aura lieu de vérifier dans quelle mesure les résultats qu'il annonce seront obtenus par d'autres. Depuis longtemps le vin d'ipéca est usité dans la pharmacopée anglaise pour le traitement des dyspepsies.

Quant aux grandes lignes de l'hygiène alimentaire que M. Mathieu, à l'exemple de son maître, M. G. Sée, conseille aux dilatés, elles diffèrent radicalement de celles que notre maître, M. Bouchard, enseigne et qui ont été exposées dans ce journal (p. 208, 1886).

L'expérience apprendra à ceux de nos confrères qui essayeront comparativement les deux méthodes quelle est celle qui leur vaudra le plus grand nombre de succès au point de vue de la guérison des malades atteints d'ectasie gastrique.

Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de calomel.

Nous avons déjà signalé les essais satisfaisants que M. *Balzer* a fait de ce nouveau mode de traitement imaginé par un médecin italien, Scareuzio, le but étant d'introduire dans l'économie par la voie sous-cutanée une préparation mercurielle insoluble qui deviendrait lentement et progressivement soluble, de telle sorte que le malade se trouverait longtemps ainsi sous l'influence du médicament.

Comme excipient du calomel, M. Balzer adopte l'huile de vaseline, corps ayant à peu près l'aspect de la glycérine, mais qui, injecté dans les tissus, n'y provoque aucune douleur. Pour éviter d'avoir des abcès, il est utile d'observer, en pratiquant ces injections, un certain nombre de précautions antiseptiques: laver la surface de la peau avec un mélange d'alcool et de liqueur de Van Swieten; plonger quelques instants l'aiguille de la seringue de Pravaz dans l'huile bouillante ; l'huile de vaseline a été aussi portée à l'ébullition et refroidie avant d'être injectée. Le calomel est lavé à l'alcool et soigneusement porphyrisé. Le lieu de l'injection est la région fessière en un point assez élevé pour que, si un nodus induré succède à la piqûre, le malade ne soit pas incommodé pour s'asseoir. C'est vers le huitième jour que surviennent quelquefois les phénomènes locaux, sous forme d'une nodosité inflammatoire qui peut atteindre le volume d'un œuf de poule et qui n'est douloureuse qu'à la pression. M. Er. Besnier a déjà appliqué un certain nombre de fois ce mode de traitement de la syphilis dans son service sans aucun accident, grâce aux précautions précitées.

La dose de calomel pour chaque injection varie de 2 à 6 centigrammes.

Il paraît qu'on exposerait encore moins les patients aux nodosités consécutives aux injections en se servant du mélange suivant :

Oxyde jaune de mercure (précipité jaune) . . . . 1 gramme
Gomme adragante . . . . 25 centigr.
Eau distillée. . . . . 30 centigr.

Ce qui donne 3 centigr. environ d'oxyde de mercure par seringue de Pravaz.

M. L. Championnière, dans le journal duquel nous trouvons ces renseignements, dit avec raison que si, comme l'expérience semble le démontrer, il suffit de 4 ou 5 injections mercurielles pour guérir une syphilis, ce serait un progrès considérable.

Kyste hydatique de la masse sacro-lombaire.

M. *Duguet* a présenté à la Société des hôpitaux (séance du 11 février) un malade, âgé de trente et un ans, qui porte à la région lombaire du côté gauche une tumeur obscurément fluctuante dont le développement a commencé il y a onze ans, et qui ne l'a pas gêné jusqu'ici. Cette tumeur n'est ni un lipôme, ni un abcès par congestion, mais un kyste hydatique siégeant dans la masse sacro-lombaire, et dont le diagnostic est basé sur l'existence d'un frémissement vibratoire, frémissement hydatique très net. Ce signe dont tous les classiques reproduisent la description se rencontre en réalité d'une façon exceptionnelle.

M. *Féréol*, tout en admettant parfaitement le diagnostic de M. Duguet, rappelle qu'on rencontre dans certaines pleurésies et certaines péritonites un frémissement vibratoire tout semblable au frémissement hydatique.

Hémichorée préhémiplégique.

M. *Gingeot* lit une observation d'*Hémichorée préhémiplégique*. — Depuis douze ans que la question des hémichorées liées à l'hémiplégie est à l'ordre du jour, on ne s'est guère préoccupé en général que de celle qui suit l'hémiplégie, c'est la seule qu'ait décrite Weir Mitchell. M. Charcot, qui a signalé le premier les hémichorées précédant l'hémiplégie, n'en a rapporté que trois observations, et M. Gingeot n'en a trouvé en tout jusqu'à ce jour que six autres bien nettes, aussi a-t-il cru intéressant de relater la suivante.

Une pensionnaire de Sainte-Périne, âgée de soixante-dix-sept ans, dans les antécédents de famille de laquelle on relève l'arthritisme, qui a présenté elle-même quelques manifestations névropathiques dans le cours de sa vie, convulsions dans l'enfance, tic facial, il y a dix ans, indemne de syphilis et d'alcoolisme, éprouvait depuis quelque temps une sensation continuelle de froid aux pieds et une légère céphalée. Elle trébuche un jour dans un escalier et se remet dans la journée même de l'émotion qu'elle avait ressentie. Mais, le surlendemain, elle éprouve un étourdissement sans perte de connaissance, et bientôt après, un affaiblissement graduel du membre supérieur gauche. Cet accident semble se dissiper, mais le lendemain se développaient des mouvements choréiformes des membres du côté gauche, mouvements désordonnés dont cependant les plus fréquents consistaient en une élévation et un abaissement alternatifs. Ces mouvements atteignirent d'emblée leur maximum d'intensité, puis diminuèrent et disparurent au bout de quelques heures; mais en même temps la parésie s'accentuait aux deux membres de ce côté.

L'hémiplégie guérit à peu près complètement par la suite, sans qu'il en reste d'autres troubles nerveux qu'une certaine tendance à la propulsion.

M. Gingeot insiste sur l'absence d'anesthésie dans ce cas. Dans la plupart des observations d'hémichorée on signale les troubles de la sensibilité.

Il est probable que la cause de la lésion a été soit une hémorrhagie cérébrale graduelle, en deux temps, soit une irrigation artérielle insuffisante. Il serait téméraire de préciser en quel point du faisceau pyramidal droit a porté cette lésion.

Traitement des pleurésies purulentes latentes chroniques.

M. *Debove* relate une observation de pleurésie purulente latente à épanchement considérable, en consultant ses collègues sur la meilleure conduite thérapeutique à tenir dans ce cas. M. Debove rappelle certains cas analogues cités antérieurement. M. Dieulafoy a parlé d'un malade qui, ayant un épanchement pleural purulent de plusieurs litres, accomplit plusieurs fois la traversée de l'Atlantique à la recherche du meilleur mode de traitement. M. N. Gueneau de Mussy a rapporté l'histoire d'un général russe qui fit campagne dans le Caucase avec une pleurésie purulente et parcourut ensuite les capitales de l'Europe pour consulter les plus célèbres médecins.

Le malade observé par M. Debove est un homme de 30 ans qui, en 1884, sentait depuis six mois ses forces décliner, rendait quelques crachats striés de sang, mais restait apyrétique et, sauf une certaine pâleur, un peu d'anhélation à l'occasion des exercices, se trouvait dans un état peu alarmant en somme, lorsqu'on lui trouva un épanchement pleural. Par thoracentèse, on évacua un litre d'un liquide séro-purulent qui, aux ponctions ultérieures, devint franchement purulent. M. Debove insiste sur cet épanchement purulent d'emblée; on a beaucoup exagéré en accusant la thoracentèse de favoriser la transformation purulente des épanchements. L'existence d'épanchements purulents d'emblée est incontestable.

Ce malade subit 4 ponctions en un an. Puis, M. Debove, voyant l'épanchement se reproduire sans cesse, se décida à n'y plus toucher. Or, depuis cette époque, le malade porteur d'un épanchement pleural purulent qu'on peut évaluer à 3 litres, avec refoulement manifeste du cœur à droite, est demeuré en apparence bien portant, sans fièvre, sans troubles digestifs, sans dyspnée, aidant volontairement les infirmiers dans leurs travaux. On ne lui trouve d'ailleurs aucun signe de tuberculose. A coup sûr le pronostic est grave. Mais que faire à cet homme ? M. Debove n'oserait pas lui faire l'empyème de peur d'être conduit à lui faire ultérieurement une opération d'Estlander ; or, il est très peu enclin à conseiller cette dernière opération, depuis qu'il l'a vue, dans deux cas de pleurésies purulentes anciennes précipiter la mort des malades. Il ajoute que l'on a depuis quelque temps proclamé sans réserves, notamment en Allemagne, l'indication de la pleurotomie dans tous les cas de pleurésie purulente. Lui qui, ayant publié en France le premier cas de pleurotomie aseptique suivi de guérison rapide, n'est pas suspect d'hostilité envers cette méthode ; mais, pourtant, il croit qu'en certains cas les malades n'en tirent aucun bénéfice.

M. *Guyot* demande si M. Debove a constaté que le poumon se dilatait après chaque ponction.

M. *Debove* répond que, n'ayant jamais retiré plus d'un litre de liquide à la fois, il lui a été difficile de constater la tendance du poumon à reprendre sa place.

M. *Guyot* reconnaît la difficulté d'une pareille constatation. Toutefois, si elle pouvait être faite et s'il était avéré que le poumon est encore dilatable, il conviendrait de pratiquer l'empyème.

M. *Rendu* dit que les exemples cités par M. Debove comme l'ayant découragé de la pleurotomie ne sont probants que contre l'Estlander. Pour ce qui est de cette opération, M. Rendu pense, comme M. Debove, qu'elle n'a pas tenu ce qu'on en avait espéré. M. Bouilly lui-même, qui a fait en France les premières opérations d'Estlander, ne les trouve plus applicables dans les cas où le poumon est séparé de la paroi thoracique par une grande cavité pleurale. Mais cela n'empêche pas la pleurotomie d'être indiquée dans ces cas.

M. *Debove* : Quand on a fait la pleurotomie, et qu'il persiste une fistule intarissable, on se trouve conduit nécessairement à faire l'Estlander.

M. *Joffroy* a vu, à Bicêtre, l'un des malades dont l'observation a découragé M. Debove. Lorsqu'on eût réséqué sept côtes, on constata que la cavité pleurale était d'une dimension extraordinaire ; on aurait pu y mettre la tête, et l'autopsie a montré que le poumon, réduit à un moignon informe, *était recroquevillé* derrière des adhérences indestructibles. Ce qui avait cependant légitimé l'opération, c'était la cachexie croissante qui devait inévitablement conduire le malade à la mort. En outre, le sondage pratiqué par le trajet fistuleux était loin de faire croire que la cavité pleurale eût des dimensions semblables.

M. *Bucquoy* n'admet pas qu'on puisse se résoudre à laisser pendant des mois un épanchement purulent considérable dans la poitrine d'un homme sans chercher à l'en débarrasser. La conduite la plus naturelle est de pratiquer des ponctions successives en grand nombre, qui permettront au poumon de se dilater peu à peu. Lorsque, après un nombre variable de ponctions, on verra que le poumon ne gagne plus de terrain et que l'épanchement se reproduit chaque fois en même quantité, le moment sera venu de faire l'empyème dans une cavité rétrécie.

M. *Debove* : Si je voyais qu'après un certain nombre de ponctions, la pleurésie tendît à guérir, je continuerais à ponctionner.

M. *Bucquoy*. — Non, il arrive un moment où l'amélioration par les ponctions cesse ; c'est le moment de faire l'empyème.

M. *Dumontpallier*, qui a examiné attentivement les cas d'opération d'Estlander publiés jusqu'à ce jour, croit que le résultat définitif, dans la grande majorité des cas, n'est pas meilleur que celui de l'empyème. Pour lui, quand après trois ou quatre ponctions, l'épanchement purulent continue à se reproduire, et surtout s'il devient fétide, s'il y a de la fièvre, sa règle de conduite est de faire la pleurotomie.

M. Dumontpallier reproche au procédé de thoracentèse par aspiration de MM. Potain et Dieulafoy de ne pas permettre de constater la dilatabilité du poumon. Avec les appareils aspirateurs, en effet, tant qu'il y a du liquide dans la plèvre, on le retire, que le poumon reprenne ou non sa place. Au

contraire, avec le trocart de Trousseau et la baudruche de Reybard, le pus ne s'échappe qu'autant qu'il est chassé par la dilatation du poumon. Ce vieux procédé éclairerait la question chez le malade de M. Debove.

M. *Féréol* rappelle que le point en discussion est relatif aux pleurésies purulentes latentes, sans fièvre ni dyspnée. Il a vu jadis un malade de ce genre qui venait tous les six mois se faire ponctionner à la Maison de santé. Il reprenait ensuite ses occupations. C'est pour des cas de ce genre, que M. Debove a bien eu raison de signaler, qu'on est en droit de se demander si la pleurotomie est utile.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 février.

La séance a été consacrée à la lecture du discours prononcé par M. Sappey, aux obsèques de M. Béclard.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 14 février.

Action de la colchicine

MM. A. *Mairet* et *Combemale* ont fait des recherches sur le mécanisme de l'action physiologique de la colchicine prise à dose toxique.

Les résultats obtenus montrent :

1° Que la colchicine se comporte comme un poison irritant pouvant porter son action du côté de tous les organes, mais avec prédominance, toutefois, du côté du tube digestif et des reins ;

2° La dose toxique minima de la colchicine chez le chien et chez le chat est variable, suivant que l'on introduit cette substance par la voie hypodermique ou par la voie gastrique.

Dans le premier cas, cette dose est de 0 gr. 000,571 ; dans le second, de 0 gr. 001,35 par kilogramme du poids du corps ;

3° L'action toxique de la colchicine se produit plus rapidement par la voie hypodermique que par la voie stomacale ;

4° La colchicine s'élimine par divers émonctoires et, en particulier, par les urines ; mais cette élimination est lente, et des doses non toxiques et relativement faibles (0 gr. 000,16 par kilogramme du poids du corps) peuvent amener la mort dans l'espace de cinq jours ;

5° La colchicine congestionne les extrémités articulaires et la moelle osseuse.

De l'action de l'opium et de la belladone associés dans un cas de diabète aigu.

M. *Villemin*. — Ce fait thérapeutique, qui a la netteté d'une expérience de physiologie, est celui d'un jeune artilleur, de forte constitution, atteint depuis un mois ou deux de diabète aigu avec toute sa symptomatologie, avec une polyurie de 14 litres et demi par vingt-quatre heures et une glycosurie de 841 grammes par jour.

Le traitement classique des diabétiques (pain de gluten, viandes, abstinence de sucre et de féculents, alcalins, etc.) appliqué immédiatement, vu la situation extrêmement grave du malade, n'ayant amené aucune amélioration au bout de huit jours, nous nous rappelâmes certain malade atteint de diabète insipide que nous avions promptement guéri autrefois par l'opium et la belladone et nous eûmes l'idée de tenter cette médication sur notre glycosurique. Cependant, si nous pouvions espérer, comme chez ce polyurique, mettre un frein à la sécrétion urinaire, nous n'étions pas sûrs de modérer en même temps la production de glycose et nous risquions de provoquer une accumulation de ce produit capable d'amener des accidents de saturation glycémique.

Nous commençâmes donc en donnant 10 centigrammes d'extrait de belladone et 5 centigrammes d'extrait d'opium par jour. Sept jours plus tard l'urine est descendue à dix litres et le sucre à 400 grammes. Nous augmentons progressivement les doses d'extrait, pour arriver au bout de deux mois à 15 centigrammes de chaque médicament et nous eûmes la satisfaction de voir la quantité d'urine et la proportion de sucre diminuer graduellement et parallèlement. A ce moment l'urine est de 3 à 4 litres et le sucre de 2 à 5 grammes par litre, et nous portons la dose d'opium et de belladone à 20 centigrammes, et huit jours plus tard il n'y a plus trace de sucre. Pendant 17 jours la médication est continuée sans qu'on voie reparaître la glycose. Nous supprimons alors brusquement la médication et dans l'espace de 2 à 3 jours le sucre revient à 16 grammes. Nous revenons, au bout de 3 jours, à l'usage des narcotiques à la dose de 20 centigrammes chacun ; 5 jours plus tard le sucre a de nouveau disparu ; la quantité d'urine rendue est de deux litres.

La guérison se maintient tant que dure la médication, mais dès qu'on la suspend ou qu'on diminue les doses d'opium et de belladone, le sucre reparaît et l'urine augmente.

Pendant toute cette période d'expérimentation, nous avions maintenu le malade au régime des diabétiques, mais à partir de ce moment, nous le mettons au régime de tous les malades bien portants (pain, légumes ordinaires largement puisés dans les féculents). Ce changement de régime n'amène aucune modification. La glycose continue à faire défaut tant qu'on maintient l'opium et la belladone aux doses de 20 centigrammes.

Un peu plus tard, nous avons essayé le bromure de potassium pendant quinze jours, en supprimant les narcotiques ; le sucre reparut et monta rapidement à 45 grammes et l'urine à 11 litres 1/2.

D'autre part, nous avons voulu savoir si des deux extraits, l'un avait une action prépondérante ou exclusive dans les modifications de la maladie et nous avons constaté que les résultats que nous avions obtenus étaient dus à leur association.

Election d'un correspondant dans la section de médecine et de chirurgie.

Les candidats présentés étaient, *en première ligne*, M. Leudet (de Rouen) ; *en deuxième ligne ex æquo*, MM. Feltz (de Nancy) et Oré (de Bordeaux). Elu M. Leudet par 41 voix sur 50 votants.

TRAVAUX ORIGINAUX

Du danger que l'administration du seigle ergoté peut faire courir au fœtus chez les primipares, par le Dr V. Poulet, de Plancher-les-Mines.

Voici le fait récent qui m'a fait déplorer l'intempestive administration du seigle ergoté à une pri-

mipare. Mme X..., 24 ans, d'un tempérament bilieux, d'une bonne constitution, a été atteinte, il y a deux ans, peu après son mariage, d'ulcération du col utérin, tellement grave et tellement étendue qu'il y avait lieu de se demander si l'on n'avait pas affaire à un épithélioma. Un simple traitement par les tampons d'ouate à la poudre d'alun, renouvelés tous les deux jours, amena la guérison complète de l'ulcère en six semaines environ; mais il resta de la douleur, une rénitence profonde à la pression du côté gauche de l'abdomen, phénomènes qui paraissaient liés à l'existence d'un engorgement chronique de la trompe et de l'ovaire. Une première grossesse, survenue peu après le rétablissement de l'intégrité du museau de tanche, fut suivie d'un avortement peu surprenant après trois mois et demi. La deuxième grossesse, qui ne se fit pas longtemps attendre, est celle dont l'issue va nous occuper. Les règles ayant paru pour la dernière fois le 22 mars 1886, l'accouchement devait avoir lieu le 27 décembre. Néanmoins le travail se déclara le 14, vers dix heures du soir. La poche des eaux se rompit spontanément à une heure du matin. A la suite de cette rupture, les contractions devinrent d'abord très énergiques et conservèrent le même caractère jusque dans la matinée; mais alors la sage-femme, qui pourtant avait constaté la situation très élevée du fœtus, difficilement accessible au détroit supérieur, voyant que les contractions se ralentissaient et paraissaient sur le point de s'interrompre, eut l'imprudence d'administrer du seigle ergoté à dix heures du matin. L'effet désastreux de son intervention maladroite sur la vie du fœtus ne tarda pas à se produire, car à onze heures elle constatait elle-même qu'il avait cessé de vivre.

Appelé vers une heure de l'après-midi, je trouvai une présentation du siège, un peu engagé dans la cavité du petit bassin, en première position (sacro-iliaque gauche antérieure), et, comme le travail durait depuis plus de quinze heures et ne faisait aucun progrès, je pris le parti de terminer l'accouchement sans retard.

De la main gauche j'accrochai sans peine le pli de l'aine droite; mais, vu la difficulté et l'inefficacité de cette manœuvre, je m'empressai de substituer à la main l'emploi du crochet mousse, grâce auquel des tractions puissantes amenèrent l'enfant au jour vers deux heures. C'était un fœtus du sexe masculin, très bien conformé, du poids de 3 kilogrammes et demi. Comme l'extraction du thorax, des bras et de la tête put être effectuée sans encombre et très rapidement, il n'est pas douteux pour moi qu'une intervention plus hâtive, avant l'administration malheureuse du seigle ergoté, eût sauvegardé la vie du produit.

C'est que le seigle ergoté détermine une sorte d'état tétanique de l'utérus, une véritable contracture continue, sans répit, qui fait que, si l'accouchement, pour une cause ou pour une autre, ne se termine pas au bout d'une demi-heure environ, la vie du fœtus est sérieusement compromise et le plus souvent anéantie. Or, chez les primipares, la dernière phase de l'accouchement est généralement très lente, et le seigle ergoté a beau réveiller les contractions de la matrice, il ne modifie en rien l'obstacle, qui consiste dans la rigidité des parties molles. Le but n'est donc pas atteint. Au contraire, à l'instar de tout effort trop violent, la contracture utérine est bientôt suivie d'un épuisement plus ou moins long, et la durée totale du travail n'est nullement abrégée.

Le seigle ergoté est donc contre-indiqué chez les primipares, en tant qu'ocytocique. Chez les multipares, sans doute, les inconvénients de cet agent, héroïque d'ailleurs, ne sont pas les mêmes, à supposer qu'il soit administré à un moment opportun et d'après une indication formelle. On sait qu'il faut absolument s'en abstenir quand il existe un obstacle matériel quelconque au passage de l'enfant, quand ce dernier s'obstine à rester au détroit supérieur ou dans la partie de l'excavation qui en est voisine, quand la dilatation n'est pas complète, enfin lorsque la lenteur du travail et les faiblesses des contractions tiennent à une asthénie générale, à la suite de pertes sanguines abondantes, d'une diète trop prolongée, de maladies antérieures, etc., cas dans lesquels le seigle ergoté, au lieu de ranimer les contractions, les éteint, les supprime et jette la femme dans un collapsus plein de périls. On a vu parfois la matrice se rompre sous l'influence des contractions violentes qu'il détermine. Un accident si terrible et si lamentable est heureusement rare; ce qui l'est moins, c'est la mort de l'œuf par suite de la diminution excessive de la circulation utéro-placentaire qu'il provoque, peut-être aussi par l'action de ses principes toxiques, absorbés et entraînés dans le torrent circulatoire. Enfin, il peut résulter de l'usage du seigle ergoté pendant l'accouchement une rétraction spasmodique, des contractions partielles de l'utérus, dont le grave inconvénient est d'amener l'enchatonnement par enkystement de la totalité ou d'une portion du placenta. J'ai été témoin de deux cas de ce genre, dans l'un desquels la rétention de deux cotylédons, au sein d'une poche latérale, d'une arrière-cavité de la matrice, très facile à reconnaître par la palpation de l'hypogastre, a résisté à l'emploi des moyens relâchants habituels, et a failli occasionner des accidents redoutables de septicémie.

En somme, le seigle ergoté, quand il n'est pas responsable d'irrémédiables désastres, rend peu de services à la pratique obstétricale à titre d'ocytocique, et l'art ne perdrait pas grand'chose à le bannir tout à fait de son arsenal. Les parturientes supportent d'ailleurs assez impatiemment les douleurs provoquées par les préparations d'ergot, qui ne leur laissent aucun relâche. Peut-être le mieux serait-il d'attendre, inactif, un certain nombre d'heures, huit en moyenne, le résultat des efforts naturels, et, quand ceux-ci sont décidément impuissants et que l'accouchement ne se termine pas spontanément dans un laps de temps assez court pour permettre d'espérer la naissance d'un enfant vivant et la conservation satisfaisante des forces de

la mère, de recourir sans nouveau retard à l'intervention manuelle ou instrumentale. Que si l'indication d'agir sur la contractilité utérine est manifeste, ne pourrait-on remplacer le seigle ergoté par d'autres substances dont l'emploi n'offrirait ni les mêmes dangers, ni le même accroissement de souffrances?

Dans certains cas, je me suis servi, avec quelques apparences de succès, du borax en solution. L'ipécacuanha, le tartre stibié, l'ambre gris, répondent chacun à des indications spéciales. On a vanté récemment l'usage de *l'ustilago maïdis,* ce curieux parasite, de la famille des champignons, de l'ordre des ustilaginées, qui émet de notables quantités d'ammoniaque pendant le cours de son développement. Selon les expérimentateurs qui ont eu recours à ce succédané, il aurait l'avantage de provoquer des contractions plus fortes, mais intermittentes, par conséquent semblables à celles que la nature met à profit. Essais à reprendre, pour avoir la confirmation des données précédentes.

Si jamais l'emploi de *l'ustilago maïdis* avait chance de se vulgariser, une circonstance très heureuse est la facilité qu'on aurait d'en faire d'abondantes récoltes. Car, dans ce champignon, les spores innombrables développées au sein de la substance gélatineuse qui résulte de la gélification des membranes du thalle et qu'elles font peu à peu disparaître en s'en nourrissant, forment une masse considérable qui peut atteindre la grosseur du poing. (Van Tieghem).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Nous reproduisons l'article suivant du nº 1, 1887:

Caisse des pensions de retraite du Corps médical français.

Chers Confrères,

Nous publions aujourd'hui la réfutation des assertions erronées de M. le Dr Damourette contre le fonctionnement et la sécurité absolue de *la Caisse des pensions de retraite du Corps médical Français.*

Cette réfutation est l'œuvre de M. *Lande, secrétaire général du Comité Directeur.* Elle se résume en chiffres qui répondent victorieusement à des chiffres, en calculs qui renversent les calculs de M. Damourette. Ce terrain est solide et prête peu à l'équivoque !

Quant aux attaques formulées contre la caisse des pensions dans un journal de médecine (un seul), M. Lande en a fait également justice.

Nous tenions, chers confrères, à vous rappeler ces faits déjà lointains, pour fixer votre attention sur le travail de M. Lande.

Les colonnes du *Concours* sont ouvertes à M. *Damourette.* Notre confrère s'est défendu, auprès de nous, de toute pensée de suspicion qui ne pouvait venir à l'esprit d'un honnête médecin.

Dès lors, s'il juge à propos de répondre à M. Lande, l'hospitalité du journal lui est acquise aussi largement que le comporte l'importance du sujet.

La *Caisse des pensions de retraites* due à l'initiative du *Concours Médical*, objet de toute sa sollicitude, a besoin de l'appui de tous nos lecteurs. C'est pourquoi nous tenons à vous édifier d'une façon complète sur le solide mécanisme d'une œuvre assurée de vivre et de se développer d'autant plus vite qu'elle sera mieux connue.

Les résultats déjà acquis, le zèle de ses promoteurs et de tous les membres du *Comité directeur* sont les gages assurés de la prospérité de la *Caisse des pensions de retraite.*

L'avenir, sûrement, ratifiera nos prévisions, et aucune attaque n'aura prise sur elle, parce qu'on saura faire disparaître, s'il y avait lieu, les défectuosités signalées par une discussion loyale.

A. C.

Un mois après, le 1er février, M. Damourette nous écrivait la lettre suivante :

Sermaize, 1er février 1887.

Monsieur et honoré confrère.

Vous avez bien voulu m'offrir, dans le *Concours médical*, une hospitalité aussi large que le comporte l'importance d'une caisse de pensions de droit.

J'en profite pour vous adresser ma réplique à M. le Dr Lande, et vous prier de la faire imprimer dans le nº de samedi 5 février.

Me rappelant que certain bulletin de ma société ne vous est point parvenu, quoique je l'aie mis à la poste moi-même, je me suis permis de recommander mon nouvel envoi pour être sûr qu'il vous arrivera en temps utile.

Pardonnez-le moi en faveur de l'intention, Monsieur et honoré confrère, et veuillez croire que, malgré notre différend, je rends toute justice à vos efforts pour défendre nos intérêts professionnels.

Dr E. Damourette.

M. Damourette, peu au courant du journalisme et de ses exigences, demandait que son épître parût 4 jours après. Ceci avait peu d'importance.

Mais ce qui en avait beaucoup plus, c'est que sa lettre débutait par des personnalités et qu'il déclarait ensuite qu'il ne discuterait pas la réfutation de M. Lande.

Nous n'avions en vue, dans notre offre d'hospitalité, que le bien d'une institution sérieuse ; par conséquent, il nous convenait de supprimer les passages ci-après *indiqués en italiques*, tant dans la lettre de M. Damourette que dans celle du Secrétaire général de la Caisse des pensions.

C'est sur ces entrefaites que nous avons reçu de M. Damourette une nouvelle communication :

Sermaize-les-Bains, 14 février 1887.

Monsieur et honoré confrère,

Vous ne m'avez pas envoyé le *Concours médical* de samedi dernier, et j'en conclus qu'il ne contient pas ma réplique à Monsieur le Dr Lande.

Je vous prie, et au besoin je vous *requiers,* hélas! de vouloir bien l'insérer dans le nº de samedi (19 courant). Je serais désolé d'être obligé d'avoir recours à un huissier, surtout après que vous m'avez offert de votre plein gré « une hospitalité aussi lar- « ge que le comporte l'importance de la question en « jeu ».

Veuillez vous rappeler les termes de ma lettre à M. Lande et ceux de sa réponse en deux articles, et je suis sûr que vous n'hésiterez plus à faire acte de bonne volonté.

Dr E. Damourette.

Dans son impatience de voir imprimées ses pau-

vres personnalités, notre confrère change de ton et nous menace de l'intervention de l'huissier !!

Nous avons été tentés d'abord de jeter le tout au panier ; mais nos lecteurs avaient plus de profit à connaître l'incident, car les rieurs ne seront pas du côté de ce pauvre M. Damourette ! Si nous rétablissons le préambule de sa lettre, nous sommes, en conséquence, obligés de rétablir aussi la péroraison de M. Lande, que nous avions supprimée, certain que lui, au moins, n'y verrait aucun inconvénient.

A. C.

Aux Lecteurs du Concours médical.

Mes chers Confrères,

Les colonnes du Concours médical *me sont enfin ouvertes !*

A voir l'émotion que l'analyse de mon mémoire du 1er mai 1886 inspirait aux personnages du Concours médical *en général, et à M. le Dr* Lande *en particulier, à voir l'animation avec laquelle, sous prétexte de loyauté, notre honorable confrère m'attaquait — moi qui ne suis d'aucune maison — et promettait le 2 mai de m'*exécuter bientôt, *je m'attendais à être imprimé tout vif dans son journal, dès les premiers jours de juin; mais point ! il lui a paru suffisant de publier huit mois plus tard, le 1er janvier 1887, un article qu'il intitule* Conférence *et où je suis de nouveau déchiré à belles dents.*

J'ai voulu lui répliquer point par point, mais je vous l'avouerai, je n'ai pas eu le courage d'aller jusqu'au bout, tant le conférencier a donné libre cours à son imagination méridionale, même à propos de la table de Deparcieux. *Vraiment, je ne suis plus étonné que ses auditeurs — qui n'étaient pas assis, dit le* Concours médical *— ne se soient pas récriés une seule fois : M. le* Dr Lande *leur faisait un conte à dormir debout ! ! ! !*

Je me permets de vous renvoyer au bulletin de 1885 de la Société locale de Vitry-le-François, dont tous les secrétaires ont un exemplaire, me contentant aujourd'hui de me servir d'une arme que M. le Dr *Lande* me met entre les mains. Elle n'est pas nouvelle pour moi, je vous en préviens, et j'ai résisté au désir de l'employer tout d'abord parce qu'elle est si bien affilée, qu'elle tranche la question sans espoir de conciliation.

Voyez ! M. le Dr *Lande* vous montre, et il a raison, « les tarifs de la *Caisse des retraites pour la* « *vieillesse* amenant un déficit de 85 millions dès « 1884 parce que l'Etat accorde un intérêt de 4.5 % « et même de 5 % à certains de ses déposants, « quand lui-même ne peut retirer qu'à grand'peine « 4 % des valeurs qui lui sont confiées ».

Eh bien ! c'est convenir sans conteste que la *Caisse des retraites* pour la vieillesse ne devrait servir *avec ses annuités* que des pensions *inférieures* à 1,200 fr. ; or la difficulté de placer l'argent à 4 % n'est pas moindre pour la *Caisse des pensions de retraite du corps médical français*, comme le prouve surabondamment son dernier état de situation; comment donc pourrait-elle servir des pensions de 1,200 fr. à vous et à vos femmes *avec des annuités plus petites encore que celles de l'Etat*, et quand elle vous dote en plus d'un fonds inaliénable, d'une caisse de secours auxiliaire et d'une assurance pouvant s'élever à 4,800 fr.? Poser la question, c'est la résoudre ; impossibilité évidente, palpable, voilà la vérité.

Croyez-moi, mes chers confrères, les annuités de la *Caisse des pensions de retraite du corps médical français* sont des *prix* de faveur accordés à vos femmes : craignez ses présents, repoussez-les, c'est déjà trop pour vous des autres accessoires qu'elle vous impose. Assurez-vous sur la vie entre vous, simplement et à un maximum qui soit à la portée de la grande majorité des médecins (1,200 fr. selon moi); vous pouvez le faire à un prix inférieur parce que la vie moyenne des médecins est plus courte que celle des autres humains. Assurez-vous entre vous en cas de décès (10,000 fr. au plus), cela ne vous coûtera pas plus cher que la même assurance à une compagnie, et, comme les deux caisses n'en feront qu'une en somme, vous retrouverez d'un côté tout ou partie de ce que vous perdrez de l'autre.

Oui, j'ai basé un projet sur ces données, oui, j'ai appuyé un amendement aux tarifs de la *caisse des pensions*, etc., sur une table de mortalité dont je suis l'auteur et que je n'ai pas craint de livrer à la publicité, quoique je la sache imparfaite (elle l'est en tout cas beaucoup moins que ne le *voudrait* M. le Dr *Lande*, lui qui se moque des 16 ans de survie que je donne aux médecins de 60 ans quand il ne leur en permet que 14,25) ; *mais c'était dans* l'espoir, j'ose à peine le dire, que M. le Dr *Lande* d'abord et les *administrateurs de sa Caisse* ensuite me comprendraient et s'efforceraient d'atténuer les irrégularités que je signalais ; j'espérais qu'ils voudraient attirer *tous les jeunes* médecins par l'appât *d'annuités aussi faibles que possible*, de telle sorte que les assurés actuels de plus de 30 ans n'aient pas de successeurs, à moins de diplômes tardivement obtenus.

Je n'ai pas atteint mon but, et j'en reviens à mon ancienne conviction que l'Association générale, être impersonnel, peut seule mener à bien l'étude de cette question. C'est à nous tous qu'il appartient de la forcer à nous aider *sans sortir de son rôle de société de secours mutuels*, en nous *procurant* les lumières d'hommes vraiment compétents et en nous prêtant son appui moral et son organisation, voire ses livrets de caisse d'épargne, dussions-nous lui laisser le dixième des revenus des capitaux placés par son intermédiaire........

Et maintenant, mes chers confrères, vous voilà avertis ; M. le Dr Lande *peut user et abuser de sa position quasi-officielle de journaliste, je ne lui répondrai plus.*

Votre bien dévoué,

Dr Damourette.

N. B. Un récent décret alloue 4 % seulement aux déposants de *la Caisse de retraites pour la vieillesse*, ce qui revient à dire que l'Etat augmente d'un huitième les annuités dont il est parlé ci-dessus. C'est le dernier coup !

Sermaize-les-Bains, le 7 février 1887.

M. le Dr *Lande*, à qui nous avions communiqué la lettre précédente, nous répond :

Mon Cher confrère,

Je vous renvoie le manifeste que le Dr Damourette adresse aux lecteurs du *Concours médical* sous prétexte de réponse à ma communication au Comité Directeur de la caisse des Pensions.

Monsieur Damourette avait critiqué l'organisation de notre *Caisse*, j'avais réfuté ses arguments par des chiffres ; il me riposte par des considérations philosophiques et par une invocation à l'As-

sociation Générale ! Nous ne parlons pas la même langue ; nous n'arriverons jamais à nous entendre, inutile de discuter.

Quant au coup du dédain de la fin...... Pauvre homme ! ! !

Bien à vous,

LANDE.

Le secret professionnel.

(Suite.)

Il nous semble, Messieurs, que l'argumentation est assez logique et cependant nombre d'esprits éclairés pensent contrairement à nous. M. Bruno-Lacombe, par exemple, est aussi explicite que possible : « L'autorisation du malade, dit-il, n'enlève pas à la divulgation son caractère de délit contre l'article 378 », et il appuie sa manière de penser par des arguments tirés de l'utilité publique, d'intérêt social, de garantie absolue pour la société, de discrétion chez le médecin. J'avoue que ces arguments m'ont tout simplement l'air d'être des affirmations gratuites, qu'il est facile de contredire ; car nous maintenons que le bien public et l'état social exigent, au contraire, que le médecin puisse certifier la maladie dont est atteint son client quand cette divulgation lui est utile et que la sécurité de ce client n'en sera ni augmentée ni diminuée, s'il a la certitude que le médecin gardera un secret absolu sur ses confidences et qu'il ne parlera que s'il lui en fait lui-même la demande explicite.

On a dit aussi que le malade, en autorisant la divulgation, pouvait ignorer les conséquences auxquelles il s'exposait. Cela arrivera rarement ; mais, quand cette circonstance pourra survenir, le médecin, avant de délivrer son certificat ou de faire un autre acte de divulgation en général, exposera clairement à son client les conséquences qu'il ne pouvait pas prévoir et le laissera juge en dernier ressort. Un autre argument sur lequel insiste M. Barat-Dulaurier pour prouver que l'autorisation de parler ne nous délie pas du secret, c'est que le secret qu'on nous invite à révéler n'est pas toujours le secret propre de la personne qui nous autorise à le faire connaître. Cet argument est déjà une concession ; il limite le droit de révélation et, par conséquent, en reconnaît le principe. D'après lui, le malade ne pourrait révéler que les maladies qui, dépourvues de toute hérédité, lui seraient purement individuelles. Mais nous n'acceptons même pas cette restriction, car le malade ne doit rien à ceux qui lui ont légué la triste propriété d'une affection héréditaire, et l'empêcher d'user d'un avantage qui peut servir de petite compensation à son état affligeant, serait le léser dans un droit naturel, sans que rien puisse légitimer cette violation. Permettez-moi un exemple. J'ai eu parmi mes clients un jeune homme atteint d'épilepsie ; son chagrin était immense et il n'eût peut-être pas supporté l'existence, sans l'affection qu'il portait à sa mère ; celle-ci d'ailleurs le lui rendait bien et ne tenait à la vie qu'à cause de l'épouvante que lui inspirait la solitude où sa mort laisserait ce malheureux fils. Ces deux cœurs, dont le désintéressement était admirable, ne vivaient que l'un pour l'autre ; la séparation eût causé peut-être un double malheur. Cependant l'époque de la conscription arriva ; c'était le départ, c'était la privation pour cet infortuné de ces soins maternels qui savent si bien adoucir nos maux. Il ne verrait plus, au sortir des torpeurs comateuses de ses accès, penché sur lui, ce visage aimé, où il découvrait en même temps les larmes que lui faisaient verser ses affreuses souffrances et l'immense satisfaction dont la mère saluait le retour de son enfant à la vie. Il n'aurait plus ces caresses ineffables dont elle l'entourait et qui était la seule consolation pouvant adoucir les grandes angoisses qui le torturaient. Je dis qu'il n'aurait plus tout cela ; car, comme les attaques ne venaient que tous les deux mois et étaient toujours nocturnes, il eût pu se faire que des années se fussent écoulées avant que l'autorité militaire fût fixée sur son état. Ce fut dans ces conditions qu'il me demanda un certificat. Le mal était héréditaire, il avait des parents qui devaient désirer que cette maladie restât secrète. Ma conscience, néanmoins, ne me laissa pas un instant d'hésitation ; je donnai le certificat, j'en fis donner un second par le confrère qui l'avait soigné avant moi et il fut exempté du service militaire. Je reste convaincu que je fis mon devoir. Je me demande, en effet, sur quel droit ses parents auraient appuyé leur exigence de priver ce jeune homme d'un bien qu'il estimait plus que la vie et s'il était passible de dommages-intérêts pour avoir préféré la révélation de son mal à la séparation. Ce choix était incontestablement son droit et, dans ce cas, dommageable ou non pour autrui, la révélation reste licite suivant la règle du droit romain : *Nullus videtur dolo facere qui suo jure utitur.*

On a dit encore qu'il était parfois impossible au médecin de déclarer au client la maladie dont il était atteint.

Nous quittons déjà les questions de droit pour tomber dans celles de convenances. Pourra-t-on dire, ajoute notre distingué confrère M. Barat-Dulaurier, à une cliente qui vient vous consulter et qui aura été contaminée peut-être dès la première nuit de ses noces : « Madame, vous avez la syphilis ? » Je n'ai qu'une réponse à faire. De ce que le médecin sera autorisé à parler, il ne s'ensuit point qu'il y soit obligé, comme nous le prouverons quand nous parlerons des droits des médecins en présence du secret professionnel, et il lui restera toujours la liberté de s'abstenir, quand les convenances, les susceptibilités ou les intérêts du client ne pourront pas s'allier au respect de la vérité ; mais cependant si, sous l'influence de n'importe quel mobile, il disait la vérité toute nue, sa révélation serait peut-être brutale, imprudente, pleine de conséquences fâcheuses, mais elle resterait un acte licite devant l'article 378 du code pénal et cela nous suffit pour le moment.

Il reste donc démontré, jusqu'à nouvelle preuve du contraire, que le médecin doit au malade le secret de ce qu'il lui dévoile ou de ce qu'il apprend lui-même dans l'exercice de ses fonctions, à moins que ce malade ne manifeste la volonté expresse que la révélation en soit faite.

Une dernière difficulté que vous me permettrez d'éclaircir, c'est au sujet des Compagnies d'assurances. Nous pouvons incontestablement, d'après ce que nous avons établi, délivrer un certificat à un client qui nous le demande et qui veut contracter une assurance ; mais, pourrons-nous délivrer un deuxième certificat sur la nature de la maladie qui a occasionné le décès, lorsque le client ne sera plus en vie pour nous accorder son autorisation ?

Le tribunal civil du Havre a décidé, dans sa séance du 30 juillet 1886, que, le secret étant personnel au client décédé, personne et principalement le tuteur des héritiers mineurs n'a le droit d'en relever celui qui l'a reçu, en admettant même, contrairement à la jurisprudence, que ce droit pût appartenir au

client lui-même. Cette décision, à notre avis, ne contient pas moins de deux erreurs. La première, que nous avons déjà combattue, insinue que, d'après la loi, le client ne peut pas relever le médecin du secret qu'il a reçu, alors qu'aucun arrêt de la Cour de cassation n'a encore décidé de la chose, et la deuxième, qui laisse ignorer que le médecin a été déjà autorisé par le client à révéler.

Je m'explique. L'assuré, en passant son contrat avec la Compagnie, en connaissait toutes les clauses et avait l'intention formelle de toutes les remplir. Or, il ne pouvait ignorer qu'une des conditions de la police était la présentation, à sa mort, d'un certificat constatant la nature de la dernière maladie. C'était donc exprimer, d'ores et déjà, sa volonté formelle que cette dernière maladie fût révélée. Dans ces conditions, pour que le médecin soit condamné au silence, il faudrait que, durant la dite maladie, son client lui manifestât son intention de renoncer aux avantages de son contrat et rendît nulle, en réclamant le secret, sa première volonté indirectement, mais manifestement exprimée. Donc, règle générale, le médecin peut délivrer un certificat de décès à un assuré.

Telles sont, à notre appréciation, les devoirs de discrétion du médecin envers son client.

(*A suivre.*)

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat de l'Association des médecins du Rhône.

Compte rendu administratif présenté à l'Assemblée générale du 20 novembre 1886, par M. F. ROCHAS, secrétaire.

Messieurs,

La seconde année de l'existence du Syndicat de l'Association des médecins du Rhône vient de s'achever, et votre Chambre syndicale, déjà deux fois investie par vous du grand honneur de diriger vos travaux et de défendre vos intérêts professionnels, se présente de nouveau devant vous avec confiance pour vous exposer les résultats obtenus jusqu'à ce jour et vous rendre compte de son mandat. Nous vous soumettons sans crainte tous nos actes, car ils ont été inspirés constamment par les règles de conduite qu'il y a un an je vous exposais à cette place même, et qui devaient nous servir, vous disais-je, à créer pour notre Association naissante, des traditions de nature à en assurer la force et la stabilité.

Nous avons scrupuleusement suivi ces principes malgré les obstacles qui se sont dressés devant nous et dont nous sommes arrivés par une attitude ferme et, je le crois, toujours correcte, à triompher peu à peu.

Aujourd'hui, les difficultés les plus sérieuses sont aplanies, et l'heure est proche où notre Association syndicale pourra poursuivre librement ses destinées et se développer sans entraves, unie et parfaitement homogène au dedans, et au dehors admise sans conteste par l'opinion et les pouvoirs publics.

En ce qui concerne la reconnaissance légale des Syndicats médicaux, le droit qu'ils possèdent à l'existence, nous pouvons dire, à l'heure actuelle, que l'émotion qui avait suivi les arrêts successifs de la Cour de Caen et de la Cour de cassation, tend à se dissiper. Par la force des choses nous sommes acceptés en fait, et notre action, pour être gênée à quelques égards, ne s'en exerce pas moins et d'une façon immédiatement utile. Telle est l'influence morale que vous avez su, dès le début, exercer autour de vous, que l'Association centrale des médecins de France, sur le désir de la plupart des Sociétés locales, a dû adresser au Parlement une demande de modification de la loi du 21 mars 1884, en faveur des Syndicats, cette institution nouvelle que les tendances de notre époque et les idées actuelles rendent si nécessaire, et qui trouve si bien place dans l'organisation de notre grande famille médicale.

Ce courant d'opinion est tel qu'il ne faut pas douter du résultat des efforts tentés auprès des Chambres, pour mettre désormais à l'abri de toute discussion cette question qui nous semble d'ailleurs encore soumise aux hésitations de la jurisprudence, bien que l'arrêt de la Cour suprême ait paru, un moment, la trancher d'une manière définitive.

Certains faits nous prouvent que les tribunaux eux mêmes ne nous sont pas absolument hostiles, et parfois nous tolèrent, j'allais dire nous reconnaissent volontiers.

Le 16 décembre 1885, nous fûmes appelés par la 2me Chambre du Tribunal civil de Lyon à donner notre avis dans une affaire relative à des honoraires médicaux contestés, et un jugement fut rendu, aux termes duquel votre Chambre syndicale était nommée expert, chargé de déposer un rapport dans un délai déterminé et dans les formes ordinaires. Je signale particulièrement à votre attention le passage suivant que je cite textuellement :

« Attendu qu'en l'état, le Tribunal ne peut statuer en connaissance de cause, en présence des prétentions contradictoires des parties, que c'est le cas d'ordonner une expertise... Par ces motifs... Dit et prononce, tous droits et moyens des parties réservés, que la Chambre syndicale des médecins du Rhône est nommée expert, dispensé du serment, du consentement des parties, à l'effet d'examiner la note des visites, opérations et consultations produite par le Dr X..., et d'en régler le montant après avoir entendu les parties en leurs dires et observations, dans un rapport qu'elle déposera au greffe du Tribunal, dans le délai d'un mois, à partir de la signification du présent jugement. ».

D'autre part, MM. les Juges de paix de notre ville continuent, comme par le passé, à nous consulter sur les différends survenus entre médecins et clients, et dont ils ont à connaître. Nous avons la satisfaction de constater que nos avis ont toujours été bien accueillis.

En présence de ces dispositions favorables de la magistrature, il est donc permis d'espérer que nous obtiendrons bientôt notre droit de cité. D'ailleurs, nos Syndicats répondent à un besoin, et à ce titre ils s'imposeront nécessairement. Peu à peu déjà, ils passent dans les mœurs, et le public généralement les accepte. Non seulement nos confrères, mais leurs clients eux-mêmes viennent à nous quand vient à surgir une contestation d'honoraires, et nos décisions arbitrales sont alors toujours bien acceptées. Ceci résulte de l'impartialité absolue que nous apportons

dans l'examen de ces affaires. Les intérêts de tous nous sont également précieux et nous nous efforçons de les sauvegarder de tout notre pouvoir.

Dans l'appréciation des notes d'honoraires qui nous sont soumises, nous veillons à ce que le zèle, les soins du médecin ne restent pas privés d'une juste rémunération, à ce que sa dignité soit avant tout respectée. Nous avons eu plus d'une fois à nous occuper de faits graves où le savoir, la haute expérience et le dévoûment n'avaient rencontré qu'ingratitude et mauvaise foi. Nous sommes heureux d'avoir contribué, en pareille occurrence, à faire rendre pleine et entière justice.

En ces occasions, nous avons toujours trouvé un appui et des avis précieux auprès de MM. les membres de notre Conseil judiciaire. Aussi notre reconnaissance la plus sincère est-elle acquise à Me Rougier et à Me Garin, qui a bien voulu se joindre à nous pour nous éclairer de ses conseils et nous aider dans l'accomplissement de notre œuvre. Nous nous réjouissons de sa présence au milieu de nous, et c'est pour moi une bonne fortune de pouvoir, par la nature de mes fonctions, me joindre à M. le Président pour lui souhaiter la bienvenue et saluer en lui le digne héritier d'un nom cher à la médecine lyonnaise.

Messieurs, le total des notes d'honoraires qui nous ont été soumises dépasse le chiffre très respectable de 9,300 fr. Un très petit nombre ont dû être réduites. Plusieurs nous paraissent susceptibles de majoration, mais nous avons toujours respecté la libre volonté de chacun, et nous estimons qu'à moins d'y être formellement invité par vous, votre Comité administratif ne doit pas établir de minimum d'honoraires. Nous ne nous sommes jamais écartés de cette ligne de conduite.

Messieurs, notre rôle ne doit pas se borner à intervenir dans les différends de cette nature qui se reproduisent isolément. Nos intérêts professionnels exigent que nous nous élevions aussi à des points de vue plus élevés, et que nous abordions, avec un égal souci, des questions plus larges et d'un ordre plus général, intéressant un grand nombre de nos confrères et dont la solution ne peut être obtenue par de seuls efforts isolés. C'est en groupant toutes les forces vives de notre corps médical que votre Chambre syndicale arrivera à être assez puissante pour améliorer, partout où elle fera sentir son action, le sort du médecin.

Dans cet ordre d'idées, nous ferons, cette année encore et pour la seconde fois, appel à votre expérience pour continuer avec fruit nos travaux relativement aux rapports des médecins avec les Sociétés de secours mutuels. Nous n'avons encore rien reçu de vous, et c'est dans les Bulletins des associations médicales étrangères au département du Rhône que nous sommes obligés aujourd'hui de puiser des documents de nature à nous éclairer sur cette grave question. Ne renoncez pas ainsi à tout esprit d'initiative. Et si vous voulez que votre Comité administratif fasse œuvre bonne et durable, il faut qu'il vous sente vivre autour de lui. Nous multiplierons autant qu'il sera nécessaire les réunions générales pour échanger le plus d'idées possible. Nous ne demandons qu'à nous pénétrer de plus en plus de votre esprit, qu'à agir par vous pour mieux agir pour vous.

Mais en attendant que vous veuilliez bien vous mettre plus souvent en relation avec elle, votre Chambre syndicale ne doit pas détourner son attention de ce qui peut se faire en dehors d'elle en faveur du but qu'elle poursuit elle-même, et c'est pourquoi nous croyons utile de vous soumettre, simplement à titre de document, une délibération prise par l'Association des médecins d'Alger, relativement aux sociétés de secours mutuels. Il ressort du texte même de cette pièce, que je reproduis ici en entier, qu'aux yeux de beaucoup de nos confrères le moment semble venu de fixer les rapports des médecins avec les sociétés de secours par une réglementation qui engage moralement tous les membres de nos associations, et qui, autant que possible, partout identique dans ses grandes lignes et ses principes généraux, ne varie simplement que dans l'application des détails secondaires, tels que le mode de payement des honoraires, leur fixation suivant les usages locaux, etc.

« Considérant, dit l'Association d'Alger, les faits qui, depuis quelques années, dénotent, de la part des administrations et des Sociétés, le parti pris d'hostilité envers les médecins, pour lesquels ils se dispensent même des simples égards dus à tous fonctionnaires ;

« Considérant que, lorsqu'un médecin se met sur les rangs pour occuper un emploi devenu vacant, il importe qu'il ne soit pas seul juge de la situation, car les administrations ou les sociétés ayant à se pourvoir d'un médecin ne manqueront pas de lui donner des renseignements entièrement en leur faveur ;

« Considérant que le bureau de l'Association peut, au contraire, dans cette circonstance, porter un jugement désintéressé, après s'être entouré de tous les renseignements contradictoires ;

« Considérant qu'un médecin, qui a accepté de faire partie de l'Association, c'est-à-dire d'une Société qui a pour objectif principal « de maintenir, « par son influence moralisatrice, l'exercice dans « les voies utiles au bien public et conformes à la « dignité professionnelle » ne peut hésiter à sacrifier, dans certains cas, son indépendance personnelle à l'indépendance de la Société ;

« L'Association maintient sa délibération précédente, ainsi conçue :

« Un membre de l'Association n'acceptera définitivement une fonction rétribuée laissée vacante par révocation ou démission qu'après avis du bureau.

« De ce vote, il résulte qu'il suffira que le bureau donne son avis pour permettre au médecin adhérent d'accepter la fonction rétribuée qui lui est proposée. »

En outre de l'intérêt que présente à l'égard des sociétés de secours mutuels cette délibération de l'Association d'Alger, il faut y souligner cet appel pressant à la solidarité de tous les membres de cette corporation, à l'union, non plus seulement théorique, mais réalisée sous forme bien définie dans les actes.

Eh bien ! ce même esprit règne partout et se retrouve toujours dans les circonstances graves. Et tandis qu'à Alger il vient de se manifester par une mesure spéciale provoquée par un état de choses particulier, vous-mêmes vous l'avez hautement soutenu et fait triompher à propos d'une question dont la solution importait plus encore.

En adoptant l'article additionnel de vos statuts, vous avez eu pour but d'atteindre enfin à cette cohésion, à cette unité que nous poursuivons de tous nos vœux et qui seule peut faire les associations fortes et respectées et assurer désormais l'influence morale du corps médical.

Nous avons dû appliquer cet article contre un homœopathe dont la radiation du Syndicat fut prononcée dans les formes statutaires. Et en présence de l'émotion que cette mesure parut causer au sein de l'Association des médecins du Rhône, nous décidâmes de provoquer dans l'assemblée générale du 10 mars dernier une explication qui nous éclairât sur la nature des sentiments de l'Association à l'égard des homœopathes. La réponse fut aussi nette que possible. Non seulement l'Association, dans cette réunion plénière, indiqua hautement qu'elle ne pouvait tolérer un homœopathe dans son sein, mais passant du principe à l'application, et engageant l'avenir, elle invita ses administrateurs à étudier les voies et moyens d'empêcher l'admission ou le maintien des homœopathes parmi ses membres.

Le 29 mai suivant, une seconde assemblée générale prit à l'unanimité une délibération, fortement motivée, et établissant .... « que l'admission ou le maintien dans l'Association de médecins homœopathes ou similaires est directement contraire au but et aux traditions de l'Association ..... que, dès lors, si un membre de l'Association venait, dans le cours de sa carrière, à introduire dans sa pratique professionnelle des procédés homœopathiques ou similaires, il se trouverait par ce seul fait en dehors des conditions exigées pour être admis ou maintenu, et serait considéré par le fait même comme démissionnaire, et perdrait tout droit aux avantages et bienfaits de l'Association, conformément à l'article 12 des statuts ».

Nous pouvons donc affirmer hautement que l'accord est parfait entre le Syndicat et l'Association dont il émane. Et si, récemment, M. le Président a donné sa démission de membre du Syndicat, il ne faut voir dans cet acte que la simple expression d'une volonté privée s'exerçant librement sans engager personne autre. Cette démission ne peut donc avoir, dans les circonstances actuelles, la signification et la gravité qu'elle présenterait si l'union de nos deux associations n'était démontrée par les faits, et, par cela même, mise au-dessus de toute discussion (1).

(1) Nous aurons à revenir prochainement sur l'incident auquel fait allusion l'honorable secrétaire.

A. B. D.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Gaultheria procumbens.

Solution désinfectante. (Gosselin, Bergeron.)

Essence de gaultheria.....	5 grammes.
Alcool à 86°...............	100 —
Eau..........................	50 —

Liniment anodin

Essence de gaultheria.......	60 grammes.
Huile d'olive................	60 —

En frictions dans le rhumatisme. A l'intérieur, on aurait pu l'administrer à doses répétées, allant jusqu'à 8 grammes par vingt-quatre heures.

Les feuilles sont employées à la dose de 1 à 4 grammes en infusion, comme astringentes, diurétiques et emménagogues.

Solution antiseptique contre les stomatites aphteuses et ulcéreuses.

(Dr Galippe.)

Acide thymique..................	0 gr. 10
— benzoïque..................	3 gr.
Teinture d'eucalyptus..........	10 gr.
Eau................................	1000 gr.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Fonservines, à Gramat (Lot), présenté par le docteur Daffas, de Salviac.

M. le Dr Parizot, à Labergement-les-Seurre (Côte-d'Or), présenté par le docteur Laltement, de Vorges.

Service des nourrices sur lieux (1).

Aussitôt qu'un des membres du *Concours* est sollicité par une nourrice qui désire se *placer sur lieu*, il doit remplir et nous adresser un des Bulletins qui ont été envoyés à tous les membres.

Les Bulletins, aussitôt arrivés, sont transcrits sur des registres spéciaux, et envoyés à Mme *Monot*.

Dès que la nourrice aura demandé à se placer sur lieu, elle devra immédiatement se munir :

1° D'un certificat sur papier libre du médecin constatant qu'elle est apte à nourrir au sein, et n'a aucune maladie contagieuse.

2° Un certificat du maire. Tous les maires ont à la mairie des *certificats imprimés*, et qu'il suffit de remplir.

Là s'arrêtent les formalités.

L'oubli d'une seule ne permet pas de présenter les nourrices à leur arrivée à Paris, et l'examen officiel est indispensable à la *Préfecture de Police*, et souvent elles manquent ainsi d'être placées de suite.

Nous prions donc instamment les médecins qui nous offrent des nourrices, de leur rappeler ces formalités.

Aussitôt que la *directrice du bureau* a besoin de nourrices, elle envoie, au médecin qui a offert le sujet, une lettre dont le modèle a été fait par nous, le priant de les faire partir de suite pour Paris, de détacher et de leur remettre *l'adresse placée au bas de cette lettre.*

La nourrice part pour Paris *à ses frais*, et arrive au bureau.

Là elle est logée gratuitement, mais se nourrit à ses frais dans un établissement voisin, et à aussi bon marché qu'elle le désire.

Mais son séjour au bureau, une fois la visite à la Préfecture de Police subie, est généralement de *très courte durée*, et varie de quelques heures à quelques jours, suivant la quantité de lait qu'elle présente et suivant aussi les qualités physiques, etc., etc..

Une fois la nourrice sur lieu placée, son enfant est emmené de suite dans son pays par la grand'-

(1) Nous reproduisons l'article suivant déjà inséré dans ce journal, pour répondre à diverses questions qui sont fréquemment adressées à l'administration au sujet des placements des *nourrices sur lieu.*

mère ou la parente qui l'a accompagnée à Paris, et il lui est immédiatement remis, par le bureau, 30 *francs pour frais de retour de l'enfant*.

Outre la visite que subit chaque nourrice, au moment de l'obtention de son certificat par le médecin de la localité, elle en subit une autre à laquelle nulle ne peut se soustraire à la Préfecture de Police.

Ce contrôle est un gage de sécurité pour les familles et pour les médecins chargés de choisir des nourrices.

Si quelques confrères de province désiraient, pour une de leurs clientes, une nourrice sur lieu, ils n'auront qu'à s'adresser directement à Mme Monot.

Nous rappelons que le prix moyen des nourrices sur lieu est de 50 fr., pour filles, et de 60 fr., pour les femmes mariées.

NÉCROLOGIE

M. Béclard (Jules), doyen de la Faculté de médecine de Paris, commandeur de la Légion d'honneur, était né le 17 décembre 1818. Il était le fils du professeur d'anatomie P.-A. Béclard, mort en 1825, et, après avoir fait d'excellentes études au lycée Henry IV, embrassa la carrière médicale. Il fut interne de Ferrus à la maison de Charenton. Après avoir passé sa thèse en 1842 sur les différentes formes d'ictère, il concourut en 1844 pour l'agrégation en anatomie et physiologie, et fut nommé, n'ayant pas 26 ans. Il concourut de nouveau, en 1846, pour la chaire d'anatomie, où fut nommé Denonvilliers, et en 1852 pour la chaire d'hygiène, qu'obtint Bouchardat. Le concours pour le professorat ayant été aboli, il dut attendre, pour entrer à l'Ecole comme professeur, la mort de Longet, dont la chaire lui fut donnée en 1871.

Outre sa thèse d'agrégation sur *les principes immédiats azotés, et leur distribution dans l'économie animale*, ses deux thèses pour le concours du professorat, *sur le système cartilagineux* (1846) et *sur l'hygiène de la première enfance* (1852) il publia des mémoires *sur les Fonctions de la rate, sur celles de la veine-porte* (1846), *sur l'histoire de l'absorption et de la nutrition* (1851), *sur l'influence de la lumière sur les animaux, sur la contraction musculaire dans ses rapports avec la chaleur animale* (1861), etc.; une troisième édition (1853), puis une quatrième (1865) des *Eléments d'anatomie générale* de son père; son *Traité de physiologie*, arrivé à sa septième édition; il a traduit de l'allemand, avec M. Marc Sée, les *Eléments d'histologie* de Kœlliker; rédigé avec Axenfeld un *Rapport sur les progrès de la médecine en France* (1868) qui fait partie de la collection des rapports sur les progrès des sciences et des arts, demandés par M. Duruy: enfin donné plusieurs articles au *Dictionnaire encyclopédique (Accroissement, larynx, etc.)*.

Après la chute de l'Empire M. Béclard entra dans la carrière politique; il fut nommé conseiller général de la Seine pour le canton de Charenton, mais échoua à la députation.

M. Béclard, nommé membre de l'Académie en 1862, avait été élu la même année secrétaire annuel, et remplaça comme secrétaire perpétuel, M. Dubois (d'Amiens) en 1873.

Il était encore président de l'Association générale des médecins de la Seine, et avait succédé à M. Vulpian en 1881, comme doyen de la faculté. La bienveillance de M. Béclard pour les étudiants était proverbiale. Cet homme de bien ne laisse pas de fortune.

— Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès du docteur Martin-Fortris, de Verneuil (Eure), membre du *Concours médical*.

NOUVELLES

— Le *Journal officiel* a publié la quatre-vingt-unième liste de souscription pour la fondation de l'Institut Pasteur; elle s'élève à la somme de 11,539 fr. 54, ce qui donne un total à ce jour de 1,710,775 fr. 41.

— La semaine dernière, le Sénat a adopté la proposition de loi, votée par la Chambre des députés, adoptée avec modification par le Sénat, modifiée par la Chambre des députés, sur la liberté des funérailles.

L'article 3 porte que tout majeur ou mineur émancipé, en état de tester, peu régler les conditions de ses funérailles et le mode de sa sépulture. Un règlement d'administration publique déterminera les conditions applicables aux divers modes de sépulture.

— La mort du regretté M. Béclard laisse plusieurs vacances à remplir, parmi lesquelles le décanat de la Faculté de médecine de Paris et le secrétariat perpétuel de l'Académie de médecine.

Pour la première de ces fonctions, M. Brouardel, qui est assesseur depuis un certain nombre d'années, paraît naturellement désigné au choix de ses collègues et du gouvernement; le sympathique professeur de médecine légale possède, d'ailleurs, toutes les qualités requises pour faire un bon administrateur.

En ce qui concerne la place de secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, elle ne sera déclarée vacante que mardi prochain, et aux termes du règlement l'élection ne pourra avoir lieu qu'un mois après.

— Dans sa séance de mercredi dernier le Conseil municipal de Paris a renvoyé à l'Administration la proposition suivante déposée par M. Levraud et plusieurs de ses collègues :

« Le Conseil, considérant que les questions qui touchent à la salubrité de Paris sont actuellement disséminées dans différents services n'ayant entre eux aucun lien commun :

Telles sont par exemple les questions relatives à l'hygiène des écoles, qui dépendent de la Direction de l'enseignement;

Celles relatives aux inhumations, aux dépôts mortuaires, qui dépendent de la Direction des affaires municipales;

Celles relatives à la salubrité des habitations, qui dépendent de la Direction des travaux, etc.;

Considérant qu'il est de la plus haute importance que les questions d'hygiène soient examinées d'ensemble et par un même service, invite l'Administration :

1° A déposer dans le plus bref délai un projet d'organisation d'un bureau central d'hygiène;

2° Le fonctionnement de ce service ne devra pas nécessiter de dépenses nouvelles appréciables et sera étudié au point de vue de la fusion des différents bureaux actuellement séparés ».

Autriche-Hongrie.

— On dit que le gouvernement est disposé à créer prochainement à Vienne une Ecole dentaire.

— Par décret, il est défendu aux dentistes de pratiquer dans la bouche toutes opérations, même lorsque celles-ci concernent exclusivement l'appareil dentaire; les médecins seuls sont autorisés à donner dans ces cas des soins médicaux ou chirurgicaux. Les dentistes ne peuvent s'occuper que de la fabrication et de la vente des dents artificielles.

— M. Tisza, président du ministère hongrois, vient de déposer sur le bureau de la Chambre des députés, à Budapest, un projet de loi ayant pour but l'introduction de la revaccination obligatoire.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André, 3

Neuvième année — N° 9 — 26 Février 1887

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

L'huile de vaseline pour les solutions destinées aux injections hypodermiques.

M. Dujardin-Beaumetz, dans une communication faite le 26 janvier à la Société de thérapeutique, a mis en lumière les avantages que présente ce corps, préconisé depuis peu de temps par M. Albin Meunier (de Lyon). La vaseline liquide est un hydrocarbure encore mal défini qui représente un état intermédiaire entre le pétrole combustible et la vaseline solide. On le trouve dans le commerce sous les noms divers de pétro-baseline, huile lourde, huile de naphte, huile minérale, caucasine, et M. Beaumetz propose de la dénommer définitivement *vaseline liquide médicinale*. Des quantités considérables d'huile de vaseline peuvent être injectées sans dommage sous la peau, et M. Albin Meunier a eu le mérite de montrer que des corps très irritants tels que le sulfure de carbone sont parfaitement tolérés quand on les injecte dissous dans l'huile de vaseline, et qu'à la faveur de celle-ci on peut encore employer en injections hypodermiques des corps insolubles dans l'eau, tels que la terpine, le terpinol, l'eucalyptol, le menthol. Voici quelques formules de solutions essayées par M. Beaumetz :

Vaseline liquide médicinale........ 99 parties
Iodoforme........ 1 —

Vaseline liquide médicinale........ 79 —
Iodoforme........ 1 —
Eucalyptol pur........ 20 —

Vaseline liquide médicinale........ 50 —
Eucalyptol pur........ 50 —

Vaseline liquide médicinale........ 94 —
Sulfure de carbone pur........ 6 —

Pommade à base de lanoline.

Ce nouvel excipient, tiré du suint de mouton, succédané avantageux de la vaseline dans le traitement des dermatoses, sur lequel les travaux de O. Lassar, O. Liebreich Schœmaker, Smith ont appelé l'attention du monde médical, présente cette propriété très utile de pénétrer profondément dans le derme et de favoriser ainsi l'absorption du médicament qu'on incorpore. Voici une série de formules qui pourront être très utiles aux praticiens.

Pommade à l'acide pyrogallique.
Acide pyrogallique. 10 gr.
Axonge........ 10 gr.
Lanoline........ 80 gr.

Pommade à l'acide salicylique.
Acide salicylique.. 10 gr.
Axonge........ 70 gr.
Lanoline........ 70 gr.

Pommade de chrysarobine
Chrysarobine.. 10 à 25 gr.
Axonge........ 10 gr.
Lanoline........ 80 gr.

Pommade d'ichthyol.
Ichthyol........ 10 gr.
Lanoline........ 90 gr.

Pommade à l'acide borique
Acide borique. 10 à 15 gr.
Lanoline........ 100 gr.

Pommade de naphtol.
Naphtol........ 6 gr.
Axonge........ 10 gr.
Lanoline........ 80 gr.

Pommade au carbonate de plomb.
Carbonate de plomb 30 g.
Axonge........ 10 gr.
Lanoline........ 80 gr.

Pommade au précipité blanc.
Précipité blanc.... 10 gr.
Axonge........ 10 gr.
Lanoline........ 80 gr.

Pommade à l'oxyde jaune de mercure.
Oxyde jaune de mercure (Voie humide)........ 10 gr.
Axonge........ 30 gr.
Lanoline........ 60 gr.

Pommade au sous-acétate de plomb.
Sous-acétate de plomb........ 8 gr.
Axonge........ 10 gr.
Lanoline........ 80 gr.

Pommade à l'oxyde de zinc
Oxyde de zinc........ 10 gr.
Axonge........ 10 gr.
Lanoline........ 80 gr.

Pommade à l'iodoforme.
Iodoforme........ 10 gr.
Axonge........ 10 gr.
Lanoline........ 80 gr.

Pommade au cinabre.
Cinabre........ 10 gr.
Axonge........ 10 gr.
Lanoline........ 80 gr.

Pommade au goudron.
Goudron........ 20 gr.
Lanoline........ 80 gr.

Pommade phéniquée.
Acide phénique.... 5 gr.
Axonge........ 5 à 10 gr.
Lanoline........ 90 gr.

Pommade au nitrate d'argent

1° Nitrate d'argent	1 gr.	2° Nitrate d'argent	1 gr.
Eau	1 gr.	Lanoline anhydre..	9 gr.
Lanoline	8 gr.		

Le zona chronique(1).

M. Valude a résumé un intéressant travail de M. *Leudet* sur le zona chronique.

A côté de l'herpès aigu qui passe rapidement et disparaît sans laisser de traces, il existe plusieurs formes de zona chronique dont l'évolution est variable. Dans l'une d'elles, on voit l'éruption herpétique durer plusieurs mois avec des ulcérations profondes, ou qui se forment et se cicatrisent alternativement. A la fin, ces lésions aboutissent parfois à la formation de chéloïdes, c'est la forme vraiment chronique du zona.

Une seconde forme qui peut aussi être nommée chronique, est celle dans laquelle le zona récidive sur place.

Une troisième forme serait le zona par extension successive sur plusieurs branches du même nerf, ou sur des nerfs contigus. Enfin, la quatrième forme porterait le nom de zona à distance et, dans ce cas, l'éruption herpétique s'étendrait d'un nerf sur un autre éloigné, ou bien serait secondaire à une lésion d'un filet nerveux, sans relation anatomique apparente avec celui où le zona se manifesterait.

Au point de vue originel, le zona peut relever d'une intoxication comme l'alcoolisme, l'empoisonnement par l'oxyde de carbone ; il peut être dû à des maladies générales provoquant à distance des lésions des nerfs périphériques. C'est alors un chapitre qui fait partie des troubles vaso-moteurs dans les maladies chroniques.

La cause anatomique du zona est une lésion des ganglions intervertébraux ou des ganglions de Gasser leurs homologues ; la lésion peut encore être localisée simplement aux nerfs périphériques. Enfin, les altérations de la moelle et du cerveau peuvent entraîner la production du zona par un retentissement à distance du foyer de la maladie. Picrret, Déjérine, qui ont décrit des lésions des nerfs périphériques chez les tabétiques, ont, par là même, prouvé que des névrites périphériques peuvent coexister avec une lésion centrale, sans que la lésion des conducteurs ou des connectifs intermédiaires soit nécessaire.

A côté de ces lésions nerveuses centrales, il faut placer comme causes du zona les affections locales de la plèvre, du poumon et du rachis, notamment la pleurésie chronique et la tuberculose pulmonaire, qui ont donné à l'auteur la proportion considérable de 20 cas sur 86. La tuberculose pulmonaire agit dans ce cas sur les nerfs intercostaux comme sur tous les tissus de la paroi thoracique, ou sur les organes avoisinant le poumon.

Le zona chronique peut persister trois et même six mois et, dans ces cas, les nerfs peuvent être altérés plus ou moins gravement.

(1) *Archives générales de médecine* et *Semaine médicale* 1887.

Le zona frontal peut être provoqué par une recrudescence de tuberculose pulmonaire, par les accidents paralytiques ou convulsifs qui ont été décrits dans l'empyème.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitements de la diphthérie

(*Vaporisations antiseptiques. — Médicaments divers — Tubage du larynx*).

I

J'ai fait allusion dans le précédent article à une intéressante thèse sur le traitement de la diphthérie par les *vaporisations antiseptiques*, thèse qui, inspirée par notre collègue et ami le Dr Geffrier, médecin de l'hôtel-Dieu d'Orléans, a été soutenue récemment devant la Faculté de Paris par M. le Dr Daniel Paterne, ancien interne de cet hôpital (1). La lecture de ce travail, que je n'avais pas eu encore entre les mains, m'a prouvé qu'il méritait mieux qu'une brève mention, d'autant que M. Paterne n'a pas employé exactement la formule du mélange de M. Renou (de Saumur). Il a gardé l'acide phénique seul, laissant de côté l'acide benzoïque et l'acide salicylique. Après avoir démontré que c'est sur l'emploi des antiseptiques que tout traitement de la diphthérie doit reposer, et cité les principales médications ayant l'antisepsie pour base qui ont été usitées jusqu'à ce jour, l'auteur défend la supériorité de la méthode des vaporisations sur les autres modes d'administration des antiseptiques, en disant que ceux-ci sont par ce moyen plus facilement administrés, plus sûrement et plus rapidement absorbés. Il n'a pas de peine à démontrer ces trois points.

M. Paterne ajoute que les vaporisations antiseptiques agissent de deux façons, et par la vapeur d'eau, et par l'agent antiseptique.

Il rappelle que beaucoup de médecins considèrent une atmosphère chaude et humide comme un adjuvant précieux dans le traitement d'un grand nombre d'affections des voies aériennes ; les vaporisations semblent déterminer une sécrétion plus abondante des muqueuses et une expectoration plus aisée, et combattent l'élément spasmodique en agissant par les terminaisons nerveuses. Par les inhalations de vapeur d'eau chaude, Aberlin (de Stockholm) a vu tomber la mortalité de la bronchite capillaire des enfants de 48 à 18 p. 100 (*J. de méd. et de chir. pratique*, 1872). Parrot conseillait les bains de vapeur dans l'asthme ; Graves et Peter ont fait ressortir l'utilité qu'il y a à prescrire l'évaporation de grandes cuvettes d'eau bouillante près des enfants atteints de laryngite striduleuse. W. Budd, Archambault, d'Espine et Picot ont vanté l'air chaud et humide, les inhalations de vapeur d'eau dans le traitement du croup.

Quant au choix de l'antiseptique véhiculé par la vapeur d'eau, M. Paterne accorde jusqu'à nouvel

(1) Des vaporisations antiseptiques dans le traitement de la diphthérie (1887).

ordre la préférence à l'acide phénique. « Les succès de la chirurgie listérienne, dit-il, le désignaient d'avance à l'expérimentation ; les résultats qu'il nous a donnés sont trop encourageants pour que nous songions à le rayer de notre formule. »

Ainsi, au lieu de la solution des acides phénique, benzoïque et salicylique dont M. Renou a donné la formule, M. Geffrier et M. Paterne ont employé la solution phéniquée forte de Lister à 50 p. 1000, additionnée de quelques feuilles sèches d'eucalyptus.

Si nous récapitulons le bilan de la méthode des vaporisations antiseptiques, nous apprenons que la statistique de M. Renou, au mois d'août 1886, comprenait 48 cas bien constatés de diphthérie avec ou sans croup et il ne comptait que 8 décès; 22 trachéotomies lui avaient donné 16 guérisons. M. le Dr Barthélemy, à Nantes, sur 17 cas de diphthérie, dont 11 avec croup, n'a compté que 6 décès.

M. le Dr Couëtoux (de Blain), sur 43 observations de diphthérie avec ou sans croup, compte seulement 7 décès.

Dans l'épidémie de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, relatée par M. Paterne, sur 30 cas de diphthérie des voies aériennes dont 29 avec croup, il y a eu 24 guérisons et 6 décès. Presque tous ces cas ont présenté un caractère nettement infectieux et les complications pulmonaires ont été fréquentes. Toutefois les observations ne signalent pas de diphthéries à bubons. Pratiquée 23 fois, la trachéotomie a donné 18 succès et, parmi les enfants trachéotomisés avec succès se trouvent un enfant de 2 ans, un de 21 mois, un de 11 mois.

Dans les cas où la mort est survenue, elle a été causée 5 fois par broncho-pneumonie, une par ulcération du tronc brachio-céphalique artériel huit jours après l'opération, une fois par asphyxie accidentelle, la canule n'ayant pas été désobstruée en temps opportun. Au moment où cette belle série était obtenue à l'hôpital, M. Geffrier constatait avec surprise que la mortalité était plus grande dans sa clientèle de la ville, c'est-à-dire le contraire de ce qu'on observe habituellement. Sur 14 diphthériques, 6 sont morts, mais M. Geffrier a remarqué que, dans les 6 cas suivis de décès, les vaporisations n'ont pas été faites ou l'ont été mal.

Vraiment il faut continuer à essayer les vaporisations phéniquées. Dans les observations que contient la thèse de M. Paterne, il est rarement fait mention de la teinte noire des urines ; c'est là un point qu'il serait capital d'élucider. Comment se fait-il que la saturation de l'organisme par l'acide phénique n'amène pas les accidents ordinaires de l'intoxication phénique ?

II

Dès qu'on touche à cette question brûlante des traitements de la diphthérie, on est entraîné à sortir des limites qu'on s'était tracées tout d'abord. Je suis obligé de signaler une lettre insérée au Bulletin de thérapeutique du 15 novembre 1886, dans laquelle le Dr Misrachi (de Salonique) déclare loyalement ne plus obtenir par le *benzoate de soude* des succès qu'il avait enregistrés en 1880. Sa lettre vient en réponse aux déclarations du Dr Brondel (d'Alger) qui signalait des succès obtenus par le benzoate de soude uni au sulfure de calcium. J'ai dit moi-même, l'année dernière, que j'avais cru pouvoir attribuer certains succès au benzoate de soude ; mais, ne l'ayant jamais employé seul, je ne suis pas certain qu'il ait été le véritable agent de la guérison.

Quant à la méthode du Dr Galicier (de Versailles), basée sur l'emploi du *sulfure de calcium uni à la digitaline*, et à l'appui de laquelle M. le Dr Ansaloni (de Selles-sur-Cher) a apporté récemment plusieurs faits de guérison, je la signalerai, mais je ne puis me défendre d'une certaine prévention contre elle. Elle consiste à donner *toutes les heures* jusqu'à sédation de la fièvre et des symptômes généraux une pilule composée de :

Sulfure de calcium..................	5 centigr.
Digitaline.......................... }	1 milligr.
Arséniate de quinine................ }	

Cette dose est pour les adultes ou les adolescents. Pour les enfants, on doit diminuer de moitié chaque substance. La digitaline est un médicament d'un maniement dangereux, impressionnant énergiquement les centres nerveux. Enfin, il ne faut rien condamner à priori.

III

Je dois maintenant dire quelques mots du *tubage du larynx*, dont la presse américaine a depuis plusieurs mois vanté la supériorité. On sait que l'Académie de médecine a condamné, il y a 28 ans, à la suite d'un rapport de Velpeau, les essais de tubage de la glotte qu'avaient entrepris M. Bouchut et M. Loiseau. Depuis cette époque, personne en France, je crois, pas même M. Bouchut n'avait continué le tubage, mais M. O'Dwyer a restauré la méthode de l'autre côté de l'Atlantique sous le nom de « *intubation of larynx* ». Il a perfectionné l'appareil instrumental. M. Bouchut employait une virole d'argent de 1 à 2 centimètres, maintenue par un bourrelet dans l'orifice glottique ; le tube de M. Loiseau, plus long, devait être introduit aussi loin que possible, mais cependant ne dépassait guère les cordes vocales inférieures. M. O'Dwyer emploie une canule en caoutchouc rouge, longue de 1 pouce 3/4 à 2 pouces, qui pénètre dans la trachée jusqu'au voisinage de la bifurcation bronchique et qui, tout en conservant son calibre, s'élargit latéralement. L'extrémité supérieure est renflée pour prévenir la chute du tube dans les voies bronchiques.

Le tube présente une légère courbure antéropostérieure. La canule est mise en place ou retirée à l'aide d'instruments spéciaux, l'introducteur et l'extracteur, et un fil de sûreté permet de ramener la canule si on l'avait par mégarde introduite dans l'œsophage.

D'après un article paru dans le *New-York méd. Journal* (aout-septembre 1886), le manuel opératoire du tubage laryngien de M. O'Dwyer est le suivant. L'enfant étant tenu verticalement sur les bras d'un aide, on place un écarteur des mâchoires du côté gauche et on fait renverser la tête en arrière. Avec l'index de gauche, on soulève l'épiglotte, tandis que la main droite fait glisser la canule dans

l'orifice glottique. Le mouvement d'introduction est facilité si l'avant-bras droit de l'opérateur, appuyé d'abord contre la poitrine de l'enfant, se redresse au moment où la canule arrive au contact de la glotte. L'introduction faite, on s'assure que la canule est bien dans le larynx et non dans l'œsophage.

La difficulté principale réside, paraît-il, moins dans l'introduction du tube que dans son extraction; celle-ci est rendue malaisée, dit O'Dwyer, par la résistance de l'enfant et la sensibilité de la région, etc'est pendant le sommeil anesthésique que le médecin américain conseille d'opérer l'extraction de la canule avec un instrument spécial. Evidemment, il faudrait avoir vu pratiquer cette opération et connaître de visu l'appareil instrumental pour appécier sainement les degrés de difficulté du tubage laryngien. L'expérience nous manquant, nous suspendrons tout jugement jusqu'à nouvel ordre et nous nous contenterons de citer les statistiques.

En réunissant les observations publiées par MM. O'Dwyer, Waxham, Northrup, Hance, Hatfield et Dunning, on relève 49 cas de tubage, ayant donné 18 guérisons, soit une proportion de succès de 36 pour 100, supérieure à celle des plus favorables séries de trachéotomie. Cependant, tous les médecins américains ne sont pas également convaincus de la supériorité du tubage sur la trachéotomie, et M. C. Jennings, dans l'*American Lancet*, citait les chiffres de 30 pour 100 de succès sur 11.000 trachéotomies, tandis que, d'après cet auteur, la proportion la plus favorable de succès dans le tubage ne dépasserait pas 27 pour 100. A l'avenir de trancher la question. Nous aurons sans doute occasion, au prochain congrès de Washington, de nous initier à la pratique du tubage, et nous reviendrons en temps opportun sur cet important sujet.

P. Le Gendre,
Chef de clinique adjoint à l'hôpital des Enfants.

CHIRURGIE PRATIQUE

De la Cure radicale des Hernies.

Il n'est peut-être pas, dans la pratique chirurgicale, de problème qui ait été plus souvent agité, retourné sous ses diverses faces depuis les temps les plus reculés. Entreprise tour à tour par les opérateurs les plus habiles et les empiriques les plus éhontés, l'opération de la cure radicale, tantôt acceptée avec faveur, le plus souvent tomba dans le discrédit; elle fut même, à certaines époques, proscrite par des règlements de haute police. On peut s'édifier sur cet intéressant chapitre d'histoire en lisant la remarquable thèse d'agrégation de M. Paul Segond, écrite en 1883, à l'époque où l'opération qui fait l'objet de notre étude d'aujourd'hui revenait en faveur sous la bienfaisante égide de la chirurgie antiseptique. Qu'il nous suffise de rappeler un fait qui explique l'engouement des temps anciens: les hernies étaient considérées comme une chose infamante, un déshonneur; la civilisation romaine elle-même, qui avait reçu de l'antiquité ce singulier préjugé, l'avait exagéré au plus haut point, et Marcus Servilius fut un jour hué par la foule au moment où, animé par l'ardeur d'une harangue, il montrait les blessures reçues à l'ennemi, car on s'était aperçu qu'il était porteur d'une grosse hernie inguinale.

Les anciens cherchaient donc à tout prix à guérir les hernies, et dans les œuvres de Celse, d'Oribase, de Paul d'Egine, on trouve déjà le vestige, parfois même la description détaillée de procédés qui ont été simplement perfectionnés de nos jours. C'était par le fer et le feu, par les méthodes les plus périlleuses et les plus radicales que l'on intervenait; des empiriques spéciaux, connus sous le nom de *castreurs* et de *hernieux*, parcouraient les divers pays; mais les accidents qu'ils produisaient, la castration qu'ils infligeaient régulièrement à leurs opérés, firent tomber les méthodes sanglantes en discrédit, et, à la fin du XVII[e] siècle, le perfectionnement des bandages entre les mains de Lequain et de Blégny leur porta un dernier coup dont elles ne se sont relevées que de nos jours. Il y a cependant un fait important à retenir. Franco, on le sait, avait inventé la kélotomie dans l'étranglement herniaire; il avait pratiqué, ainsi qu'Ambroise Paré, le fameux procédé de cure radicale connu sous le nom de *point doré*; mais c'est le dernier auteur qui, le premier, recommanda de compléter l'opération de la hernie étranglée par les manœuvres de cure radicale. De nos jours, et depuis un certain nombre d'années, les chirurgiens sont entrés dans cette voie; cependant, il est toujours utile d'établir une distinction fondamentale entre la cure radicale faite en dehors des accidents de l'étranglement ou à la suite de ceux-ci. Ce n'est pas, comme on le verra plus loin, que les procédés doivent différer notablement dans leur exécution, mais c'est que les phénomènes généraux de l'étranglement peuvent parfois contre-indiquer la cure radicale, et que les qualités du sac herniaire et de son contenu rendent nécessaires des précautions spéciales inutiles dans une hernie non étranglée.

Objet de la cure radicale. Peut-il être poursuivi par d'autres moyens? — Réintégrer les viscères herniés dans la cavité abdominale, leur domicile naturel, faire disparaître la cavité du sac herniaire, oblitérer le collet du sac et fermer le mieux possible le trajet herniaire, tel a été, de tout temps, le but que l'on s'est proposé d'atteindre. Ce but peut-il être obtenu par l'application des bandages? La cure radicale est-elle un procédé plus sûr, plus complet dans ses résultats, plus certain en un mot? Tel est le procès pendant actuellement et dont le dossier semble s'augmenter et se compliquer de jour en jour. Il est incontestable qu'une hernie peut guérir et guérir complètement par l'application bien faite, et suffisamment prolongée, d'un bandage. M. Gosselin a longuement détaillé les préceptes qui doivent guider dans cette application; nous n'avons pas à y revenir ici. Qu'on se rappelle seulement que les hernies congénitales, les hernies de l'enfance, sont celles qui guérissent le plus facilement sous

l'influence d'un bon bandage combiné avec le repos. Le bandage, dans ces cas, agissant par une inflammation lente et peu intense, amène le rétrécissement progressif du collet du sac, la formation de stigmates, et quelquefois même l'oblitération du sac par accolement de ses parois. Mais ce qui se passe chez l'enfant, et ce que l'on doit favoriser, est loin d'être fréquent chez l'adulte. Généralement le bandage empêche la hernie de sortir, la maintient réduite et s'oppose à son aggravation. Et encore cela est variable pour les diverses formes de tumeurs herniaires. Les hernies inguinales congénitales ou obliques externes présentent une surface d'appui longue et large pour le bandage; aussi les voit-on guérir parfois sous son influence; mais, dès que le trajet herniaire est droit, toute chance de guérison disparaît. Il en est à peu près de même pour les hernies ombilicales : dans l'enfance, elles guérissent souvent, mais non chez l'adulte ; la minceur même de l'anneau herniaire, la brièveté du trajet ne permettent pas de le comprimer facilement. Enfin les hernies crurales sont, de toutes, celles contre lesquelles le bandage a le moins de puissance. D'une part, en effet, le canal crural a des parois rigides qui le maintiennent toujours béant; d'autre part, le bandage ne peut comprimer trop énergiquement la région de l'anneau, à cause du voisinage des vaisseaux fémoraux. Néanmoins il est des hernies qui disparaissent sous l'influence du bandage; il en est aussi qui, par leur petit volume, sont peu gênantes et qu'un appareil léger suffit à contenir sans imprimer aucune gène ni aucune douleur au malade. Mais, sans vouloir condamner ici les bandages, en réalité si parfaits, que nous possédons de nos jours, je dois dire qu'il est des hernies qui, après avoir semblé tout à fait guéries pendant un certain nombre d'années, reparaissent tout à coup sous l'influence d'un effort violent ou petit à petit, sans cause bien connue.

De plus, si l'on excepte les cas de hernie petite, facile à contenir, où un bandage bien fait rend les plus grands services, cas heureusement assez fréquents surtout chez le gens soigneux de leur santé, chacun sait qu'il est certaines hernies que leur volume, qu'un orifice de sortie trop grand, que l'ectopie testiculaire ou des douleurs rendront très difficiles à contenir.

L'application exacte et raisonnée du bandage est œuvre alors très difficile; parfois elle est impossible, à plus forte raison elle est souvent inefficace. Il est encore une condition qui malheureusement ne manque pas d'importance : un individu soigneux, dans une position tranquille, n'exerçant aucun métier pénible, pouvant employer des bandages coûteux et bien faits pourra vivre facilement avec son infirmité; mais il en est tout autrement de ceux qui doivent vivre de leur travail et pour qui une hernie volumineuse, incoercible ou difficile à contenir, est une cause d'incapacité fonctionnelle souvent très sérieuse. Si les méthodes sanglantes sont capables de donner une situation meilleure, il sera, dans ces cas, utile et permis de les proposer. Et d'ailleurs, à un point de vue plus général, ne devons-nous pas nous souvenir plus que nous ne le faisons du fait établi par Malgaigne, qui fut l'habile défenseur des moyens de contention ; les hernies sont des affections si pleines de dangers que l'on peut dire que *la population des hernieux disparaît quatre fois plus vite que l'autre.*

Indications et contre-indications. — Il existe aujourd'hui encore quelques divergences dans l'étendue reconnue par les divers chirurgiens aux indications de la cure radicale. Il nous est alors nécessaire de passer en revue comparativement les principes discutés et énoncés dans le remarquable travail de M. Segond en 1881 et le catalogue précis posé par M. Lucas Championnière dans l'intéressante brochure qu'il vient de faire paraître sur ce sujet. Pour Segond, toute intervention sanglante est rigoureusement proscrite dans les cas de *hernies réductibles et coercibles* ; les injections péri-herniaires seules peuvent être employées pour favoriser l'action des bandages. Nous verrons plus loin l'utilité de cette méthode dans les hernies de l'enfance, elle se recommande d'ailleurs par sa bénignité. Dans les *hernies incoercibles, mais réductibles*, l'opération est autorisée dans certains cas qu'il appartient à la sagacité du chirurgien de bien discerner. Ces hernies sont parfois douloureuses, quoi que l'on fasse pour les modifier. Dans d'autres cas, elles s'accompagnent de troubles gastriques persistants, pénibles, portant préjudice à la nutrition du malade. Mais encore Segond distingue-t-il entre les diverses variétés ; il ne faut pas opérer les enfants ou les jeunes gens qui ont de grosses hernies *inguinales* congénitales avec ectopie testiculaire. Mais on peut opérer les adultes dont la hernie inguinale est complètement incoercible.

Quant à la hernie *ombilicale*, il ne faut jamais l'opérer chez l'enfant, les bandages bien appliqués arrivent toujours à la maintenir réduite sinon à la guérir. On la traitera par la méthode sanglante chez l'adulte, si elle est très difficile à contenir, si elle est douloureuse et si par son volume elle porte une gêne notable au travail du malade. Il est enfin une classe de hernies dans laquelle l'indication est de discussion assez difficile : les *hernies incoercibles non étranglées.* Ces hernies, la plupart du temps très volumineuses et que l'on considère comme irréductibles, peuvent cependant être réduites dans un certain nombre de cas. Le repos au lit, les purgatifs répétés, une alimentation sobre et peu abondante ont permis à plusieurs chirurgiens, Gosselin, Trélat, Berger, Richet, d'en venir à bout. Aussi pour Segond l'intervention sanglante n'est indiquée que lorsque les inconvénients de la tumeur herniaire sont proportionnels aux dangers de l'acte opératoire et quand on n'a pu autrement opérer la réduction. Quelquefois, vu le volume considérable de ces tumeurs et la gêne qu'elles apportent au travail, on peut être amené à opérer les sujets qui en sont porteurs et dont la vie professionnelle est entravée.

Comme on vient de le voir, M. Segond, tout en fondant de sérieuses espérances sur la cure radicale appliquée aux hernies, restreint assez notable-

ment ses indications et, les discutant pied à pied, montre bien avec quel tact chirurgical il faut de toute nécessité aborder ces questions.

Dans le récent travail dont nous avons déjà parlé plus haut, M. le Dr Lucas Championnière étend bien davantage le champ des indications. Il en reconnaît sept classes que nous devons rapidement passer en revue.

1° Les *hernies irréductibles.* — Elles causent des tiraillements, des coliques, elles s'opposent aux efforts musculaires ; toujours exposées à des complications graves, elles sont une véritable épée de Damoclès suspendue sur la tête de ceux qui les portent. Ils ne peuvent même supporter les bandages, qui d'ailleurs sont dans ces cas ou insuffisants, ou dangereux.

2° Les *hernies réductibles, mais incoercibles.* — Que l'incoercibilité tienne au volume de la hernie, à la grande largeur de l'anneau herniaire, ce qui est très fréquent, ou bien qu'elle soit due à une adhérence épiploïque, elle constitue une condition d'existence des plus défavorables et réclame l'intervention.

3° *Hernies congénitales avec ectopie testiculaire.* — Le testicule en ectopie est, on le sait, inutile au point de vue sexuel; d'autre part, il empêche l'application exacte d'un bandage et rend par conséquent la hernie incoercible. Cette variété de hernie doit donc être traitée par la cure radicale et en pratiquant celle-ci on fera la castration.

4° Certaines *hernies douloureuses*, névralgiques, chez des sujets névropathes, réclament aussi la cure radicale.

5° *Accidents herniaires ne constituant pas l'étranglement.* — Généralement on admet qu'en cas d'obstruction, d'engouement ou d'inflammation herniaire il faut obtenir la cessation des accidents au moyen de palliatifs comme le repos, la glace, les opiacés, etc. M. Lucas, au contraire, pense qu'il faut carrément intervenir et qu'ainsi on évitera pour le porteur de la hernie les accidents plus graves qui le menacent dans un avenir plus ou moins éloigné.

6° Certaines *affections des voies respiratoires*, catarrhe chronique, emphysème, asthme exposent les hernieux à des accidents d'étranglement rapide à la suite d'efforts considérables de toux ; c'est encore là une indication ; il faut profiter d'une période d'accalmie, provoquer celle-ci au besoin par un traitement médical et tenter la cure radicale, qui diminuera pour le tousseur les chances d'étranglement.

7° Enfin, il est des *circonstances professionnelles* et même *sociales* dans lesquelles il est permis de tenter une opération, peu grave en elle-même, pourvu qu'elle soit faite avec soin, et qui rend des services beaucoup plus considérables qu'un grand nombre d'autres opérations dites de complaisance.

Somme toute, M. Lucas-Championnière ne reconnaît d'autres contre-indications que la première enfance ou la vieillesse. Il n'opère pas davantage les cachectiques par albuminurie, diabète ou tuberculose avancée. Les sujets à parois abdominales flasques ne sont pas non plus justiciables de la cure radicale.

Doit-on opérer les hernies multiples? On pourrait croire que, lorsqu'il existe plusieurs hernies, la réintégration de l'une d'elles dans la cavité abdominale doive être suivie de l'augmentation de volume de celle du côté opposé. On pourrait croire aussi que l'opération faite simultanément sur deux tumeurs herniaires doive difficilement réussir à cause du volume total de la masse rentrée dans l'abdomen. Cela surtout devrait être dans les cas de grosses hernies, dont on dit vulgairement qu'elles ont perdu droit de domicile dans la cavité abdominale. Or les faits montrent qu'il n'en est rien. Parmi ceux-ci, nous en signalons seulement deux tout à fait caractéristiques. En 1884, M. le docteur Bouilly opère un homme de 50 ans (1) d'une double hernie inguino-scrotale incoercible, existant depuis l'adolescence ; la guérison fut parfaite, bien qu'elle eût été retardée par une légère suppuration de la plaie.

Chez un malade opéré par M. Reverdin (de Genève), il existait deux hernies, une très volumineuse qui fut traitée par l'opération de la cure radicale et une autre beaucoup plus petite. L'opération réussit très bien et on ne vit pas augmenter la petite hernie après la rentrée de la grosse. Il n'y a donc d'autre contre-indication dans les cas de hernies multiples que lorsqu'elles existent sur un sujet dont la paroi abdominale est mince, flasque, sans résistance et qu'elle semble se laisser partout déprimer par les anses intestinales.

Certaines formes rares de hernies sont aussi parfaitement justiciables de la cure radicale. Récemment M. Terrier (2) a publié un intéressant travail dans lequel il montre que l'on a tout avantage à appliquer ce procédé à la cure des hernies de la ligne blanche dans la région épigastrique et para-ombilicale. Les hernies de contenu variable, graisseuses, avec diverticule péritonéal vide, épiploïques ou mieux entéro-épiploïques, s'accompagnent de phénomènes généraux fatigants, troubles digestifs, gastralgies, tiraillements et pesanteurs épigastriques ; de plus, elles sont très difficiles à maintenir réduites au moyen de bandages. Dans tous les cas qui ont été opérés jusqu'ici, on a eu de bons résultats, ou bien guérison complète, ou amélioration notable, cessation des phénomènes douloureux et possibilité d'appliquer un bandage efficace. Aussi M. Terrier conclut : 1° que les hernies dites graisseuses de la ligne blanche, déterminant parfois des troubles du côté de l'appareil digestif, peuvent être traitées par l'incision suivie de la réunion primitive de l'anneau fibreux qui leur a donné issue et des téguments qui les recouvrent ; 2° les hernies épiploïques, intestinales, mixtes qui produisent des troubles gastro-intestinaux, des douleurs vives, ou une difformité notable doivent être traitées comme les autres hernies ; on doit s'efforcer d'en obtenir la cure radicale par réduction, incision du sac herniaire, avivement

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1885, n° 29.

(2) De l'intervention chirurgicale dans les hernies épigastriques et abdominales non étranglées. *Revue de chirurgie*, 1885, n° 12.

de l'anneau fibreux et suture des parois abdominales.

Doit-on compléter la kélotomie pour hernie étranglée par les manœuvres de cure radicale? Quelques chirurgiens, se basant sur les faits incontestables dans lesquels, à la suite d'une opération de hernie étranglée, on n'avait point vu la tumeur se reproduire, ont admis qu'il était inutile de faire autre chose que la kélotomie et que l'inflammation du sac herniaire produirait des adhérences suffisantes. On a dit également que les débridements multiples du collet du sac agissaient aussi de façon à provoquer la formation d'un tissu cicatriciel solide et résistant.

M. Segond pose les principes suivants : la cure radicale est rationnelle dans l'opération de la hernie crurale étranglée ; la petitesse ordinaire du sac, son énucléation facile sont des conditions excellentes pour la facilité de l'intervention. Elle est nettement indiquée dans l'opération de la hernie ombilicale. Mais on ne doit point la pratiquer dans l'opération de la hernie inguinale. Dans ce cas l'état généralement grave du malade, la lenteur nécessaire et la durée totale de l'opération, la gravité et l'étendue du traumatisme sont des raisons suffisantes pour expliquer l'abstention.

M. Lucas-Championnière donne des préceptes plus généraux et conseille la cure radicale, sauf dans les cas où se trouvent réunies les mauvaises conditions d'âge avancé et de faiblesse musculaire considérable et aussi quand il existe un état de collapsus marqué.

Guénod (1), élève de Socin, de Bâle, après avoir montré que les manœuvres de cure radicale donnent des résultats plus souvent meilleurs quand elles sont faites à la suite de l'étranglement, conclut que l'ablation du sac herniaire et la suture du collet ne compliquent en rien le pronostic de la kélotomie, et qu'elles doivent toujours être pratiquées dans les cas d'incarcération. Cette formule absolue est peut-être dangereuse à proposer, aussi croyons-nous plus prudent d'adopter la conduite conseillée par M. Lucas-Championnière. Faisons remarquer toutefois que moins on tardera à faire la kélotomie dans le cas d'étranglement herniaire, plus on se mettra dans les bonnes conditions nécessaires à la réussite de la cure radicale. Inutile de parler de ces indications quand il existe de la gangrène de l'intestin hernié ; la kélotomie est faite dans ces cas au milieu de conditions déjà si graves qu'il est inutile de la compliquer outre mesure.

Connaissant nettement les indications qui permettent aujourd'hui de tenter l'opération de la cure radicale, nous étudierons dans la seconde partie de ce travail les procédés les plus simples et les plus pratiques pour obtenir des résultats utiles.

(A suivre.)

Dr Barette,
Chef de clinique chirurgicale.

(1) Thèse de Bâle, 1885, Étude sur les résultats définitifs de la cure radicale des hernies.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 février.

M. *Peter* présente à l'Académie un travail du professeur Amoroso (de Naples), travail intitulé : Prophylaxie de la rage. Ce travail est, dit le présentateur, l'exposé des observations prises au laboratoire de M. Pasteur par M. Amoroso pendant trois semaines (et non pendant quelques heures seulement, comme l'a prétendu M. Vulpian).

Les expériences faites officiellement, aux frais et dans un local du gouvernement, par MM. de Renzi et Amoroso, sur la méthode de Pasteur, sont contradictoires des résultats obtenus par celui-ci.

M. Peter dépose en outre sur le bureau : 1° une lettre du professeur Tommasi, informant l'Académie de Paris que M. le professeur Cantani a déclaré le 30 janvier dernier à l'Académie de Naples que ses expériences personnelles antirabiques sur les animaux lui avaient donné des résultats négatifs et que la méthode intensive appliquée à l'homme ne lui semblait pas sans péril.

2° Une lettre des professeurs de Renzi et Amoroso protestant contre l'épithète de « novices en fait d'expériences antirabiques » qui leur a été appliquée par M. Vulpian.

3° Enfin, une lettre du directeur de l'Ecole vétérinaire de Naples certifiant que depuis douze ans aucun des chiens qui lui ont été envoyés par la police comme enragés (3 ou 4 par mois environ), n'était en réalité atteint de cette maladie.

M. *Brouardel* proteste contre la tentative que fait M. Peter pour reprendre la discussion sur la rage. En la continuant ainsi à bâtons rompus, on ne l'éclairera pas.

Les expériences de MM. Amoroso et de Renzi ne sont nullement comparables à celles de M. Pasteur. Celui-ci, ayant toujours eu pour but de préserver l'homme des accidents rabiques, a *expérimenté sur* les chiens.

MM. Amoroso et de Renzi ont cherché à vacciner des lapins et non des chiens ; les résultats qu'ils ont obtenus ne sont donc applicables qu'aux lapins.

En outre lorsqu'ils ont expérimenté sur des chiens, ils ont cherché à inoculer par trépanation le virus intensif du lapin, et non le virus de la rage des rues. M. Pasteur a dit lui-même ici que la rage avait une puissance plus ou moins forte suivant qu'elle avait passé par tel ou tel animal.

M. Brouardel demande à l'Académie de ne reprendre la discussion que sur l'ensemble des faits lors du retour de M. Pasteur, vers la fin d'avril, et non sur tel ou tel fait isolé. Cette motion, appuyée par M. Larrey est votée par l'Académie.

M. le président déclare la vacance de la place de secrétaire perpétuel. L'usage existait jusqu'ici de laisser s'écouler trois mois avant de déclarer la vacance de cette place ; c'était un hommage rendu au titulaire défunt et l'Académie serait encore prête à le rendre au regretté Béclard si des exigences de service ne l'obligeaient cette fois à déroger à l'usage. L'élection aura donc lieu le 22 mars, et les membres de l'Académie désireux de se porter candidats sont priés de se faire connaître.

M. *Rochard*, rend compte de certaines observations d'abcès du foie traités par la méthode de Shomeyer-Little, large incision et drainage antiseptique. Depuis les campagnes du Tonkin, de Madagascar et du Sénégal et les travaux de Panama, on observe assez souvent en France des abcès du foie, qui, méconnus ou mal soignés compromettent la vie des malades tandis qu'ils guériraient si on les reconnaissait assez tôt et si on les soignait comme il faut. L'incision large avec les lavages antiseptiques, le drainage et la méthode de Lister est le meilleur mode de traitement des abcès du foie, parce qu'il débarrasse complètement le foyer des grumeaux solides, des lambeaux de tissu hépatique qui y séjournent lorsqu'on se sert du trocart, s'y putréfiente et empoisonnent le malade.

M. Trélat appuie vivement cette conclusion.

M. M. Perrin lit un rapport sur un cas de résection tibio-tarsienne avec conservation de la malléole externe faite par M. Chauvel.

M. de Pietra-Santa lit une étude sur l'emprisonnement cellulaire.

Entre autres conclusions il dit que, pour appliquer ce mode de détention dans les conditions les plus favorables, il faut renoncer aux grandes prisons comme Mazas et la Santé, où l'encombrement oblige quelquefois à mettre deux malades dans la même cellule ; — qu'il est nécessaire de laisser au directeur comme au médecin avec une responsabilité effective une certaine indépendance vis-à-vis des bureaux de la Préfecture ; — qu'il importe de respecter sans cesse les catégories établies par le code pénal relativement aux sexes, à l'âge des détenus, à leur état de prévention ou de condamnation ; — que la colonie agricole et le patronage sont le cortège indispensable du régime cellulaire ; — qu'il faut au point de vue sanitaire assurer aux détenus un plus long temps de promenade, une aération régulière de la cellule et une alimentation plus réparatrice ; — enfin, que la diminution de fréquence des aliénations mentales, des suicides et des tentatives de suicide ne sera obtenue qu'en mettant réellement en pratique le programme jusqu'ici théorique formulé par le législateur.

Sur un nouvel Excitateur bi-polaire du Dr Apostoli, présenté à l'Académie de Médecine de Paris, dans sa séance du 18 janvier 1887, par M. le Dr Dujardin-Beaumetz.

Cet instrument se compose essentiellement :

1° D'une boule légèrement conique, en charbon de cornue à gaz (elle pourrait être également en platine), à laquelle aboutissent, à travers un long manche, les deux pôles séparés l'un de l'autre par une lame isolante de gutta-percha; 2° Les deux pôles ont une surface identique et ne sont séparés que par une distance de quelques millimètres.

Cet excitateur a pour but :

a) de permettre de limiter en un point donné de la peau ou d'une muqueuse l'action d'un courant (qu'il soit de pile ou faradique).

b) d'utiliser tout le courant qui circule à travers deux pôles de surface inattaquable.

c) de favoriser la vulgarisation (en modifiant au besoin l'étendue et la surface des pôles) de la pratique de la *galvano-caustique chimique, rapide et localisée*, appliquée soit au traitement des ulcères rebelles (utérins, cutanés ou autres), soit à produire des *dérivations* plus ou moins rapides (suivant le courant et l'intensité utilisés).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Médecins et Pharmaciens.

Les pharmaciens font-ils de la médecine ? — Oui. Est-il possible de les empêcher de faire de la médecine ? — Non. On n'a qu'à suivre une pharmacie pendant quelques heures pour juger cette question et constater qu'un pharmacien ne peut pas ne pas faire de médecine. D'ailleurs, le bon sens public est pour nous. On ne fera jamais croire à qui que ce soit, que celui qui prépare, débite ou dispense les remèdes n'est pas capable de les ordonner. Or, nous demandons la réciprocité pour le médecin ; nous demandons que le médecin soit autorisé, légalement, à confectionner, à dispenser lui-même ses remèdes, *si bon lui semble*. Remarquez que cela ne supprime pas la pharmacie, pas plus que l'exercice de l'art de guérir par la pharmacie ne supprime la médecine.

P. Guibert.

(*La Thérapeutique contemporaine.*)

Cet extrait d'un article du journal, reproduit par le *Concours medical* en 1885, me paraît trancher la question toujours pendante entre médecins et pharmaciens, et répond à l'avance au Dr Coriveaud qui me paraît considérer l'exercice de la pharmacie d'un œil bien paternel, et, dans tous les cas, nous propose une transaction bien insuffisante. Bizarre coïncidence ! Immédiatement à la suite de la défense du monopole pharmaceutique par mon honorable confrère, le bulletin des Syndicats nous donne à lire le procès-verbal du Syndicat de Challans-Vendée. Ah ! ils n'y vont pas par quatre chemins nos collègues vendéens. Ils se soucient bien peu du mauvais exemple donné par leurs voisins de Maine-et-Loire qui n'ont pas hésité à introduire le loup dans la bergerie en donnant accès à MM. les pharmaciens dans leur Syndicat ! Après quelques considérants peu aimables pour les pharmaciens, que décide le brave Syndicat vendéen ? Il vote à l'*unanimité* le libre exercice de la pharmacie par le médecin traitant et par suite la suppression du monopole de la pharmacie.

On voit que la question que j'ai, une fois de plus, soulevée après tant d'autres, dans le *Concours medical*, est mûre, et qu'il est temps qu'un traité de commerce intervienne entre médecins et pharmaciens, dans l'intérêt de la justice et du public. Dans ce traité, le pied de la plus parfaite égalité doit former la base de ce nouveau *modus vivendi*. Tout autre arrangement ne pourrait être que la consécration d'une duperie qui dure depuis trop longtemps pour le corps médical. C'est comme si, dans un traité de commerce entre deux nations voisines, on voulait chercher à s'entendre *équitablement* avec le libre-échange d'une part, et la protection de l'autre. Cela s'est vu et se voit encore. D'où les résultats que l'on sait.

Mais revenons à nos pharmaciens et tâchons de faire toucher du doigt ce qui fait qu'une réforme radicale s'impose. Je n'incrimine nullement les pharmaciens, remarquez-le ; je n'ai contre eux que des griefs d'ordre général basés sur une situation dont ils ne sont plus les maîtres. Ils ne sont ce qu'ils sont que, par la force même des choses. Seulement le corps médical souffre injustement d'une manière d'être qui est complètement entrée dans nos mœurs, que nous ne pouvons pas songer à modifier, mais dont nous pouvons facilement atténuer les consé-

quences en nous faisant octroyer *légalement* les mêmes droits que les pharmaciens se sont adjugés, par suite de notre longanimité. Inspecteur des pharmacies depuis de longues années, je crois connaître suffisamment la question, d'autant que je m'en suis bien souvent expliqué avec de très nombreux pharmaciens. Beaucoup, le plus grand nombre même, ne désirent pas tant que ça chasser sur nos terres.

Ils ne sont, le plus souvent, forcés de faire de la médecine, que parce qu'un de leurs collègues donne le mauvais exemple. Refuser un petit conseil, suivi de plusieurs autres plus importants, c'est travailler à augmenter la clientèle du confrère qui, le plus souvent, fait d'aussi mauvaise pharmacie que de médecine. Le jour où la médecine aura le droit de se passer du pharmacien, vous reverrez le pharmacien encourager le client à passer chez nous. Le pharmacien sait très bien que nous n'avons nulle envie de faire la pharmacie, et que si nous demandons l'extension de nos droits, c'est pour ne pas être désarmés vis-à-vis de leurs *continuels empiètements*.

L'individu malade, ou qui se croit tel, n'est pas forcé de recourir au médecin, mais inéluctablement, il est obligé de passer par l'officine du pharmacien. Par son indispensabilité, le pharmacien est un rouage de l'organisme social auquel nul ne peut ni suppléer ni se soustraire. Le pharmacien est comme le notaire, l'agent de change, l'avoué, l'huissier, le receveur de l'enregistrement, etc. La collectivité qui confère le monopole de la pharmacie à un certain nombre de ses membres s'arroge ainsi un droit qui, pour nous, implique un double devoir : 1° Surveiller le récipiendaire qui exerce une sorte de sacerdoce afin qu'il ne sorte pas de ses attributions, 2° ne donner l'investiture qu'à un chiffre de pharmaciens strictement nécessaire pour assurer le service auprès des populations. Eh bien, je le demande, la facilité avec laquelle chacun peut ouvrir Officine à chaque coin de rue n'est-elle pas en contradiction évidente avec le but formel que s'est proposé le législateur, qui a entouré l'exercice de ce monopole de toutes les garanties possibles pour le bénéficiaire alors que les garanties auraient dû être prises surtout pour le public.

Pour nous, tout le mal vient de ceci : il y a beaucoup trop de pharmaciens ! Un médecin ne peut assurer le service médical que d'un nombre très restreint de malades. Un pharmacien peut suffire aux besoins du public d'une manière presque indéfinie. Une pharmacie n'est en somme qu'une maison de commerce de détail qui peut étendre, tant qu'elle veut, le chiffre de ses opérations. Dans une organisation sociale bien entendue, le public n'aurait pas intérêt à faire choix d'un pharmacien, dont le rôle est simplement passif et qui ne réclame qu'une pratique facile à acquérir et une dose suffisante (*quantum satis*) de probité. Pour la médecine, quelle différence ! Alors que le choix du pharmacien *devrait* peu importer, le choix du médecin est quelque chose de très délicat. Tous les jours, des malades voulant s'entourer de toutes garanties, demandent une consultation que suscite d'ailleurs, le plus souvent, le praticien lui-même, quand c'est nécessaire. Là où plusieurs confrères ne sont pas de trop, un seul pharmacien de 2e classe est amplement suffisant ! Vouloir comparer le rôle toujours si difficile du médecin avec celui du pharmacien, me paraît chose bien puérile. A qui viendra-t-il à l'idée de les mettre sur le même pied, bien que mon confrère Coriveaud s'élève contre cette opinion que le pharmacien n'est pas l'inférieur social du médecin, mais tout simplement son complément. Chose bizarre, des deux monopoles, c'est bien le plus important qui est le moins garanti contre toute intrusion. La sanction légale, en dehors de l'usage, le démontre : exercice illégal de la médecine, un franc d'amende ; exercice illégal de la pharmacie, amende qui ne peut être abaissée à moins de 500 fr.

Du moment que les pharmaciens ont la prétention de pouvoir exercer seul leur sacerdoce, une conséquence bien naturelle s'imposerait. Ne prononcer le *dignus intrare* qu'en s'entourant de toutes les garanties possibles et en limitant le nombre de ceux qui seuls auront droit à ce monopole dont ils sont si jaloux. Mais, par une anomalie bizarre, rien de plus facile que d'entrer dans la confrérie. Une fois muni de ce malheureux diplôme de 2e classe, le seul que l'on connaisse, on a la prétention de tenir sous sa coupe les médecins les plus recommandables. De plus, avec l'article 7 (chiffre fatidique) du projet de loi qui est à l'étude, mais qui ne les satisfait pas encore pleinement, ils pourront désormais — sans déroger aux lois sur l'exercice illégal de la médecine, —délivrer librement toutes les substances actives. Leur seule obligation sera de mettre sur l'étiquette quelles substances entrent dans le médicament. Touchante attention, à laquelle, et pour cause, ils ne s'astreindront point.

Cet article 7 équivaut à la libre pratique de la Médecine par les pharmaciens. Il n'y aura rien de changé dans l'ordre des choses actuel. Ce qui est dans les mœurs sera inscrit dans la loi, voilà tout.

Nous pourrions nous attarder dans de plus longs développements, mais il faut se hâter et conclure. Du reste, ceux qui voudront étudier la question, sous toutes ses faces, n'ont qu'à compulser une des plus intéressantes collections de journaux de médecine que je connaisse — j'ai nommé celle du CONCOURS MÉDICAL. L'on y verra que mes doléances, que mes récriminations, si vous voulez, ne sont pas exagérées, et que si nous tenons à ne plus être à la merci du pharmacien, ce n'est pas sans motifs, dans notre intérêt, ce qui ne serait guère, mais surtout dans l'intérêt public. Remarquez ceci, c'est que nous tendons vers le retour de l'état ancien. Le pharmacien n'a eu d'autres raisons d'être que la bonne volonté du médecin qui a cru déroger en préparant et appliquant lui-même les médicaments. De même faisait-il faire la chirurgie par les barbiers. Dans tous les cas, jadis, la pharmacie et la chirurgie se faisaient toujours sous la haute direction du praticien.

Certes, on eût bien étonné Galien, patron des pharmaciens, en lui faisant l'exposé de la rivalité d'aujourd'hui entre médecins et pharmaciens. Il eût paru bien étrange à l'illustre médecin de Pergame qu'un jour viendrait où l'on prétendrait que le médecin qui, seul, a qualité pour connaître les maladies et leurs indications thérapeutiques, n'aurait pas la libre disposition des remèdes qu'il croit devoir appliquer, et qu'il aurait l'obligation d'avoir un intermédiaire disposé par intérêt personnel à la malveillance. Avoir qualité pour désigner un remède et le délivrer, cela va tellement de soi que le public, qui est simpliste, va naturellement chez le pharmacien qui lui donne la consultation *gratuite* et les remèdes *pour le mieux*. Ainsi le médecin le plus instruit se trouve sur un pied évident d'infériorité vis-à-vis du dernier des pharmaciens de 2e classe.

Vous tous, médecins de villes, répondez ? Voyez-vous souvent dans votre cabinet des malades atteints de maladies vénériennes récentes, blennorrha-

gies, chancres simples ou syphilitiques ? Presque jamais. Les malades, en pareille circonstance, veulent avoir le moins de confidents possibles. Ils vont chez le pharmacien, parceque *lui* donne le conseil et le remède. Et quels remèdes le plus souvent ! Le bon docteur Coriveaud a dû bien faire sourire les pharmaciens qui s'empresseront de reproduire sa timide défense quand il vient nous parler de 25 %.

D'après lui, le pharmacien gagne simplement 2000 francs sur un chiffre d'affaires de 10.000 fr. Le Syndicat Vendéen, à la page suivante, l'élève à 8000 fr. pour le même chiffre d'affaires et, certes, il se rapproche bien plus de la vérité. D'ailleurs, il ne s'agit pas de savoir ce que gagne ou ne gagne pas le pharmacien. Ce que nous proclamons hautement, c'est qu'un aussi grand nombre de pharmaciens est inutile. Beaucoup sont ainsi des parasites inutiles qui ne servent qu'à exploiter le public et affamer le médecin. La surabondance de pharmaciens ne peut que nuire au public, car les nécessités de l'existence feront que, de plus en plus, ils seront obligés d'acheter au meilleur marché pour revendre avec le maximum de majoration. La pléthore dans le corps médical n'est désavantageuse que pour le corps médical lui-même. Le public, au contraire y trouve son compte. Un jour viendra où l'on sera tout naturellement amené à limiter aussi le nombre des médecins en rendant l'accès de la carrière plus difficile. Tout le monde bénéficiera encore de la mesure.

Je crois donc pouvoir terminer ce trop long article en présentant au corps médical les propositions suivantes.

Du moment qu'il est impossible d'empêcher le pharmacien de faire de la médecine, la loi doit permettre aux médecins de délivrer directement des remèdes à leurs clients.

Il est de toute évidence qu'il y a trop de pharmaciens, et que cette surabondance ne peut que nuire à la bonne renommée du corps pharmaceutique, au public et au corps médical. Par suite, on devra songer à rendre plus difficile l'accès du diplôme de pharmacien et supprimer la deuxième classe. Cette mesure devra entraîner la suppression de l'Officiat qui, avec la multiplication, d'ailleurs exagérée, des facultés de médecine n'a plus de raison d'être. Il faut songer, qu'en France, aujourd'hui, des milliers et des milliers d'instituteurs brevetés ont perdu tout espoir d'être placés par suite d'une plethore excessive. Leur brevet leur permet tout juste de travailler à se faire recevoir pharmaciens de 2e classe ou officiers de santé. Que l'on songe à l'irruption possible sinon probable de ces *nouvelles couches*.

Naturellement le pharmacien tiendra seul vente publique de médicaments. Le public ira chez lui acheter les produits de sa convenance, tandis que le médecin ne donnera à ses clients que les médicaments qu'il croira de son devoir de leur administrer. La responsabilité du pharmacien comme celle du médecin sera engagée soit pour les consultations de l'un, soit pour les médicaments de l'autre. Pour le contrôle des deux, le pharmacien inscrira la formule des remèdes sur les flacons qu'il délivre et le médecin fera une ordonnance des médicaments délivrés par lui et qui restera la propriété des malades. Le malade sera ainsi toujours maître de faire exécuter l'ordonnance par un pharmacien et de comparer la qualité et l'effet des produits et même le prix. Quelques questions de menu détail resteront à régler.

Nous pensons que sur de telles bases un traité de paix *armée* pourra intervenir entre médecins et pharmaciens et qu'alors il pourra arriver ce résultat d'ailleurs désirable, c'est que, pouvant librement user de représailles, le médecin qui ne cherche qu'à se défendre, ne fera pas plus de pharmacie que le pharmacien ne voudra faire de médecine. On y perdra quelques pharmaciens qui seront obligés de fermer boutique. Ce ne sera pas grand dommage. L'idéal, comme l'écrit fort bien le Dr Coriveaud, serait ceci : A chacun son métier et les malades seront bien soignés. Comme dirait Alphonse Karr : Que Messieurs les pharmaciens commencent ! Si je demande à sortir de mes attributions, c'est que depuis longtemps les pharmaciens sortent des leurs.

Dr X,

Inspecteur des pharmacies.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat médical de Nantes.

Extrait du compte rendu de la séance du 17 décembre 1886.

Présidence de M. le docteur Teillais, président.

La séance est ouverte à 8 heures du soir.

M. le Président prononce quelques paroles émues, au sujet de la mort récente de notre confrère, le docteur Lapeyre. Il rappelle que M. le docteur Lapeyre faisait depuis quelque temps partie de notre Syndicat. M. le docteur Lapeyre n'avait point formulé sa demande d'admission parmi nous sans avoir reconnu les bienfaits que notre Association syndicale était appelée à rendre à notre corps médical. Il était un de nos amis les plus convaincus. Ses nombreuses occupations, ses travaux de toute nature, ne lui permettaient pas d'assister à nos nombreuses séances, mais il se plaisait à faire l'éloge de notre Syndicat et jamais il n'aurait déserté nos rangs. Le Syndicat de Nantes fait une perte cruelle en perdant le docteur Lapeyre.

Ces paroles reçoivent l'approbation de tous les membres du Syndicat, qui demandent à M. le Président de vouloir bien répéter le touchant discours prononcé par lui sur la tombe de notre regretté confrère.

M. le Président lit ce discours, qui est salué par d'unanimes applaudissements...... ....

La parole est ensuite donnée à M. le docteur Luneau, pour son rapport sur l'assemblée générale de l'Union des Syndicats, qui a eu lieu à Paris, le 7 novembre 1886.

Messieurs et chers confrères,

Dans votre réunion du 27 octobre dernier, vous m'avez fait l'honneur de me déléguer à l'Assemblée générale des Syndicats médicaux qui devait se tenir à Paris le 7 novembre.

La réunion des délégués a eu lieu dans les salons du Grand Véfour, au Palais-Royal.

Ce n'est pas sans une certaine appréhension, je l'avoue, que je me présentais, en votre nom, à cette réunion.

Le Syndicat de Nantes, depuis sa fondation, ne s'était encore jamais fait représenter à ces séances générales et nous n'avions su que par ouï-dire les résultats des années précédentes. D'un autre côté, dès le début, votre cercle avait fait partie de cette phalange militante des Syndicats, qui s'était placée à l'avant-garde du corps médical pour défendre les prérogatives de notre profession et acquérir, s'il était possible, de nouveaux avantages.

Rien ne l'avait arrêté dans sa marche ; car, si, d'une part, nous n'avions pas reçu du public étranger à la médecine un accueil aussi hostile que nous aurions pu le supposer, nous avions trouvé, par un caprice singulier de la fortune, au sein même du corps médical, une défiance et une froideur remarquables.

Il vous paraissait donc utile d'envoyer un des vôtres constater, à cette séance du 7 novembre, le résultat général des 150 autres Syndicats de notre pays. Dieu merci, en écoutant le résumé de l'assemblée du 7 novembre, vous partagerez comme moi, j'en suis persuadé, l'espérance que nous sommes peut-être à la veille de récolter dans la joie ce que nous avons semé dans la peine.

La séance commença à 2 heures, au milieu d'une affluence considérable de confrères venus de tous les points de la France pour y assister. En voyant accourir ces nombreux délégués, il me semblait voir tomber une à une toutes les objections de nos confrères dissidents. Il est évident que, s'il n'y avait rien à faire dans nos Syndicats pour l'amélioration de notre profession, ce nombre considérable de médecins, tous praticiens actifs et occupés, ne quitteraient pas, au premier appel, leurs provinces, pour assister à une simple séance.

Après la constitution du bureau, auquel l'assemblée générale a bien voulu joindre comme assesseur votre délégué de Nantes, après le discours du président, l'honorable M. Margueritte, du Havre, après le compte rendu de notre excellent collègue Barat-Dulaurier, sont venus les questions et les vœux présentés à la réunion.

La première question posée à l'assemblée par M. Margueritte avait trait au Congrès de toutes les chambres syndicales de France, qui devait avoir lieu le 17 novembre à Paris. Les chambres syndicales de médecins avaient été comprises dans les invitations, ce qui prouve, en passant, que l'arrêt illusoire de la cour de cassation ne nous a pas réduits en poussière et que nous sommes toujours, au contraire, pleins de vie. Devions-nous répondre à cette invitation ? C'était là le point à établir. A voir la courte discussion préparatoire qui avait eu lieu le 27 octobre, à votre Syndicat de Nantes, sur cette question, nous étions loin de nous attendre à ce qu'elle prît les proportions qu'elle eut à l'assemblée générale. M. Lassalle (de Bordeaux), avec un talent et une verve incontestables, parla de notre dignité médicale, de l'imprudence qu'il y aurait à assister à cette réunion, en assimilant notre profession aux professions manuelles, du reproche de mercantilisme qu'on pouvait nous adresser.

Cette brillante plaidoirie souleva de nombreuses protestations. Il faudrait pourtant s'entendre sur toutes ces questions. A coup sûr, ces grands mots de profession libérale, d'honorabilité médicale, de désintéressement, nous flattent, et nous tenons tous à garder le niveau hiérarchique que notre profession nous promet dans l'échelle sociale ; mais nous croyons que, tout en gardant ce respect de nous-mêmes et de notre position, nous ne pouvons continuer de négliger toujours la pratique pour la théorie. Nous arriverions ainsi à construire un bel édifice, dont les fondations n'auraient pas de bases solides. Or ne sommes-nous pas en contact continuel avec toutes les classes de la société ? Les ouvriers et les employés de toute sorte ne sont-ils pas nos clients ? Pourquoi donc déserter notre poste dans leurs assemblées, lorsque nous y sommes conviés ? Cette classe laborieuse de la société travaille, se réunit, discute en assemblée ses intérêts et cherche, par une loi nécessaire de la nature, à s'élever, elle aussi, dans le monde qui l'entoure. Il est facile de comprendre que nos syndicats arriveront fatalement à s'entendre avec leurs syndicats, et que rien de ce qui les regarde ne doit nous être étranger. L'assemblée générale se laissa convaincre par ces arguments et nomma quatre délégués pour assister au congrès des chambres syndicales du 17 pour novembre.

Comme par un enchaînement nécessaire de cette préoccupation, qui existe dans le corps médical, de relever le niveau moral des nôtres, lorsque nous avons tant de raisons pour nous défendre d'abord contre les empiètements des étrangers, le second vœu demandait de remettre à l'étude la fameuse proposition de M. Surmay : « La création d'un ordre des médecins. »

Cette création restera toujours, du moins, avec nos mœurs et nos lois actuelles, une brillante hypothèse, le rêve irréalisable de confrères très honnêtes. Vous vous rappelez tous le travail de notre collègue, le docteur Lerat, travail lu à l'Association locale des médecins de Nantes. L'Association générale, dans sa séance annuelle de cette année, concluait également à la négative. Néanmoins, l'assemblée générale de l'Union des syndicats a pris en considération le vœu de M. Lassalle (de Bordeaux), modifié par M. Toussaint (d'Argenteuil) : « qu'il y avait lieu de nommer une Commission chargée d'étudier à nouveau la création d'un ordre de médecins ». Une commission de cinq membres doit se mettre en rapports avec M. Surmay pour étudier cette question.

Nous ne *pouvons insister sur la proposition de* M. Lardier (des Vosges), qui se plaint de la concurrence faite par les médecins militaires. Nous n'avons jamais eu dans notre région de semblables plaintes à formuler et nous conservons avec nos confrères de l'armée et de la marine les meilleures relations.

Il n'en est pas ainsi de la question du secret médical, que le procès récent et malheureux de notre ami Walhelct a remis à l'ordre du jour. Sur cet article 378 du Code pénal, il ne saurait y avoir aucune entente entre la magistrature et le corps médical. Cet article 378 est une arme terrible contre nous. Si vous ne parlez pas, vous serez condamnés ; si vous parlez, vous le serez aussi, et je ne puis résister à l'envie d'appliquer à cette loi les paroles que notre conseil judiciaire, M. Chastenet, adressait pendant le banquet de l'Union à M. Chevandier, député, notre collègue, au sujet de cette loi obscure sur les syndicats professionnels : « Et si l'on demande à nos législateurs, à ceux qui ont concouru à l'élaboration de la loi — je ne dis pas à ceux qui l'ont votée (nous savons que bien des votes vont au scrutin comme allaient à l'eau les moutons de Panurge), mais à ceux qui l'ont portée à la tribune, qui l'ont soutenue ou combattue — si on leur demande ce qu'ils ont voulu faire, ils hésitent et avouent, d'ailleurs, leur hésitation avec autant de bonne foi que d'ingénuité. »

L'ouvrage de Brouardel, la brochure de Barat-Dulaurier, le discours de M. Bruno-Lacombe à Bordeaux, ont-ils éclairé davantage notre conduite ? Oui, assurément, dans ce sens du moins que le proverbe populaire : « Le silence est d'or, » est presque un axiome en médecine.

Nous ne sommes donc pas plus avancés aujourd'hui qu'au temps d'Hippocrate : « Je jure par Apollon... que je tiendrai en tout pour un secret ce que, dans l'exercice et dans le commerce de la vie, j'aurai vu ou entendu qu'il ne faille pas répandre. »

N'usons même pas de cette licence qui prévaut parmi nos amis du barreau, que l'autorisation du malade relève le médecin de son secret ; car, si l'avocat plaide, le juge condamne.

Ce serait abuser de vous et de votre bienveillante attention de vous soumettre les autres vœux et les autres questions qui, pendant plus de trois heures, ont été présentés, analysés, discutés. Tous ont trait à la loi du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels, à l'élaboration de la nouvelle loi qui doit remplacer cette loi caduque et vieillie de l'an XI sur l'exercice de la médecine, à l'assistance publique dans les campagnes, etc., etc.

L'énumération seule de ces questions montre que l'esprit d'initiative se réveille dans le corps médical, que les temps ont marché depuis l'établissement des anciennes lois et que notre profession souffre d'avoir été oubliée dans les réformes successives des lois et des usages communs.

Cette agitation a été créée par un homme intelligent et dévoué, le docteur Cézilly. La distinction de son esprit, la modération de son caractère, l'aménité de ses rapports, son désintéressement absolu, nous étaient déjà connus par son intéressant journal : le *Concours médical*, et par l'œuvre de confraternité de la Société qu'il a créée et qui porte également le nom de *Société du Concours médical*. Nous aimons à lui rendre aujourd'hui publiquement hommage et à le remercier, si vous le voulez bien, au nom du Syndicat de Nantes, des honneurs qu'il vous a prodigués dans la personne de votre délégué, à la réunion et au banquet qui l'a suivie.

Le banquet ! nous n'aurions pas parlé de ce banquet devant vous, sinon pour féliciter ses organisateurs, si nous n'avions eu à vous signaler un toast, important entre tous.

Le docteur Chevandier, député de la Drôme, dans un petit discours plein de sel gaulois et de bonne humeur, a bien voulu nous raconter les péripéties du projet de loi sur l'exercice de la médecine, élaboré par le *Concours médical* et déposé par M. Chevandier sur le bureau de la Chambre.

C'est avec une véritable surprise que M. Chevandier, inquiet du silence de la Chambre, se présenta, six semaines après ce dépôt, au ministère de l'Instruction publique, et apprit que le ministre du Commerce s'était emparé de ce projet pour le modifier, le corriger peut-être. Nous voici donc, voici le sort de la médecine entre les mains du ministre du Commerce ! Malgré les paroles rassurantes de M. Chevandier, cette sollicitude du ministre du Commerce ne nous dit rien qui vaille.

Ce trop long rapport est terminé, messieurs et chers confrères. Puisse-t-il vous donner une idée du travail incessant de nos amis des Syndicats, travail de tous les instants, pour l'amélioration de notre situation médicale ; agitation qui ne peut manquer de devenir féconde en résultats prochains. Un seul regret peut encore nous atteindre, c'est de n'être pas aidés et devancés dans cette voie par ceux de nos confrères que le sort, la bonne fortune ou la science ont placés à la tête du corps médical.

Le mot de Trousseau serait-il donc toujours vrai, pour ces heureux de la profession ? « Ils ont compté, disait-il, le nombre de globules du sang, fait l'analyse quantitative des liquides de l'économie, coordonné la liste des cellules du corps humain, et, pleins d'un immortel contentement, ils se sont assis dans leurs chaises curules, laissant aux autres le soin de la pratique médicale. »

Le temps a déjà fait son œuvre. Le *tiers-état* médical, puisqu'on nous appelle ainsi, travaille dans ses nombreux Syndicats, dans ses assemblées générales imposantes, et nous espérons que nos confrères, devant les résultats déjà acquis, viendront tous, dans un jour prochain, nous prêter leur appui.

La séance est levée à 9 heures et demie.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Petit (Alf.), à Clamecy (Nièvre), présenté par le docteur Favet, de Beire-le-Châtel.

M. le Dr Vicq, à Sampigny (Meuse), présenté par le docteur Cabasse, de Vaucouleurs.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Prescription contre la diatèse urique.

(Pierre Vigier).

Dans les cas où il ne s'agit que de goutte ancienne sans complication aucune, on peut conseiller, pour éviter le retour des accès, la formule suivante :

Carbonate de lithine............	10 grammes
Extrait de gentiane.............	5 grammes

Mêlez et divisez en 100 pilules. Une pilule à chaque repas.

NOUVELLES

Nous souhaitons la bienvenue à deux nouveaux journaux de médecine hebdomadaires :

La Revue générale de clinique et de thérapeutique (Journal des praticiens). Directeur : M. Henri Huchard, médecin de l'hôpital Bichat.

La Pratique médicale. Comité de direction : MM. Baratoux, Jouin et Malécot.

BIBLIOGRAPHIE

Velpeau. — *Sa jeunesse*, par le Dr *C. Guignard*. Paris, Georges Carré, 1887.

Jean Salfyn. — *Sa vie et ses travaux*, par le Dr Alph. *Goffin*. Ixelles-Bruxelles.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André

Neuvième année **No 10** 5 Mars 1887

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

M. le professeur *Brouardel* vient d'être présenté en première ligne comme Doyen, à la presque unanimité des suffrages de ses collègues ; la Faculté a présenté en seconde ligne M. le professeur Jaccoud. On sait que c'est au ministre qu'appartient la nomination définitive. Tout le monde applaudit au choix de la Faculté, car M. Brouardel jouit de la sympathie universelle.

Mode d'action de la colchicine.

MM. Mairet et Combemale ont complété (1) leur précédente communication sur ce sujet (2). Ces observateurs ayant fixé, par des expériences sur les animaux, la toxicité de la colchicine, l'ont administrée à l'homme sain en commençant par des doses faibles et en augmentant jusqu'à la purgation. Les résultats obtenus sont les suivants :

1° La colchicine agit, suivant la dose, soit comme diurétique, soit comme purgatif, et cela par suite d'une action congestive et irritante sur les reins et le tube digestif.

2° Les effets thérapeutiques sont les mêmes par la voie sous-cutanée et par la voie stomacale ; mais ils sont plus rapides par la première et se produisent à de moindres doses. L'homme est trois fois plus sensible que le chien et le chat à l'action de la colchicine ; on peut fixer chez lui à 2 ou 3 milligrammes la dose totale pour amener la diurèse et à 5 milligrammes la dose purgative.

3° La colchicine augmente l'excrétion de l'acide urique et produit, du côté des surfaces articulaires et de la moelle osseuse, des congestions donnant lieu à deux ordres d'effets intéressants à rapprocher des effets purgatifs pour rendre compte du mécanisme de l'action de cette substance dans certaines maladies, la goutte en particulier. Elle diminue la quantité d'acide urique contenue dans le sang et produit une irritation substitutive au niveau des surfaces articulaires ; mais son accumulation dans l'économie et sa grande toxicité doivent rendre très prudent dans son emploi.

(1) Académie des Sciences, 21 février.

(2) *Concours médical*, n° 8.

Traitement du coma diabétique.

M. le professeur Lépine (1) rappelle que le coma qui survient chez un malade atteint de diabète a toujours été jusqu'ici au-dessus des ressources de l'art (2).

On admet qu'il est causé par une dyscrasie toxique, sans pouvoir affirmer quel est le véritable poison qui doit être incriminé. Ce n'est ni le sucre en excès, puisque la glycémie diminue en général, quand le coma survient, ni l'acétone, comme l'admet encore M. Lecorché, car l'acétone est moins toxique que l'alcool ordinaire. D'après Stadelman, le coma diabétique dépend d'une *dyscrasie acide*, qu'il faut combattre par le bicarbonate de soude à dose énorme, administré par la bouche, ou en lavement, ou par infusion intra-veineuse.

M. le professeur Lépine a eu occasion de mettre en pratique récemment le traitement de Stadelman sur un diabétique tombé dans le coma et, malgré l'introduction dans le sang d'une forte dose de bicarbonate de soude, l'amélioration a été insignifiante, la mort a été retardée de quelques heures, tout au plus. M. Lépine regrette que le malade n'ait pas, malgré ses injonctions, consenti à absorber une assez grande quantité de bicarbonate de soude pendant les jours de malaise qui ont précédé le coma, et l'introduction par voie intra-veineuse n'a pu être faite que six heures après l'établissement de

(1) *Semaine médicale*, 23 février.

(2) *Concours médical*, 1886.

celui-ci. M. Lépine conseille donc d'essayer à nouveau ce traitement. — On doit se rappeler d'abord qu'il est dangereux d'imposer brusquement un régime exclusif à un diabétique grave. C'est dans ce cas surtout qu'on voit survenir les accidents dits acétonémiques.

Quand surviennent les symptômes précurseurs, on devra soumettre les malades à l'ingestion de grandes quantités de bicarbonate de soude. Si l'on est appelé quand le coma est déjà établi, il faut recourir à l'infusion intra-veineuse (8 grammes de chlorure de sodium et 32 grammes de bicarbonate de soude pour un litre et demi d'eau chaude à 40°). On fabrique une canule avec un bout de tube de verre, on y adapte un bout de caoutchouc *neuf*, qui communique avec un entonnoir de verre, qui doit être flambé ainsi que la canule. On introduit la canule taillée en biseau dans une veine du pli du bras, dénudée préalablement avec les précautions antiseptiques, et l'infusion s'opère tout naturellement avec plus ou moins de rapidité, suivant qu'on élève plus ou moins le niveau de l'eau dans l'entonnoir. M. Lépine insiste sur la simplicité et l'innocuité des infusions intra-veineuses proprement faites. Les infusions d'eau salée ont fait leurs preuves à la suite des hémorrhagies graves, dans le choléra, dans certains cas d'anémie chronique profonde.

Le bacille de la fièvre typhoïde (1)

On n'a pas oublié les découvertes si importantes de bacilles pathogènes dans les eaux dont l'usage avait communiqué la fièvre typhoïde dans une épidémie de maison du quartier de Ménilmontant (Dreyfus-Brisach et Widal) et dans celle de Pierrefonds (Brouardel et Chantemesse). MM. Chantemesse et Widal viennent de compléter leurs recherches si intéressantes sur ce sujet. Le relevé des entrées dans les hôpitaux de Paris pour fièvre typhoïde démontre que, chaque fois qu'une perturbation dans le service des eaux oblige une partie de la population à faire usage de l'eau de la Seine comme boisson, il se produit au bout de dix à vingt jours une recrudescence considérable de dothiénentérie.

Les travaux de MM. Chantemesse et Widal permettent d'assigner avec certitude des caractères biologiques spécifiques au bacille que ces auteurs ont trouvé dans les eaux contaminées et qu'ils sont en droit de considérer comme pathogène de la fièvre typhoïde.

Un caractère essentiel du bacille typhoïde est la façon dont il se cultive sur la pomme de terre ; plusieurs jours après qu'il y a été déposé et qu'il a commencé à végéter très activement, la pomme de terre paraît encore intacte ; un seul microbe se comporte de la même façon, celui de l'érysipèle, mais c'est un micrococque. Sur l'agar agar, il se développe en traînée blanchâtre. L'espace clair central considéré par Artaud comme caractéristique du bacille typhique n'est que l'indice d'une régression intra-bacillaire et apparaît quand on rend le milieu de culture moins nutritif. La sporulation s'opère aux extrémités, les spores ne se colorent pas. Dans les vieilles cultures, le bacille finit par prendre une forme presque monstrueuse.

En somme, le bacille typhique a bien les caractères morphologiques que lui a assignés Gaffky qui l'avait trouvé 26 fois sur 28 autopsies de typhiques. Chantemesse et Widal l'ont trouvé 11 fois sur 12 autopsies ; dans le cas où il a fait défaut, il s'agissait d'un homme mort par complication tardive en pleine convalescence. Ils l'ont rencontré 6 fois sur 12 malades dans la sécrétion de la bronchite typhoïde et 4 fois sur 12 autopsies dans le cerveau, ce qui prouve bien que les manifestations cérébrales même précoces de la dothiénentérie sont causées par la présence du bacille dans l'encéphale.

Ils l'ont rencontré dans le placenta chez une femme morte le douzième jour d'une fièvre typhoïde après avoir avorté au quatrième mois de sa grossesse.

Neuhaus l'a trouvé dans la rate d'un fœtus dont la mère avait la fièvre typhoïde ; il l'a rencontré dans les taches rosées, qu'il a considérées comme des embolies microbiennes cutanées. Chantemesse et Widal ne l'ont pas trouvé dans les taches rosées.

Sept fois ils l'ont retiré par ponction dans la rate sur le vivant et n'ont retiré que ce micro-organisme de sang de la rate. Ils ne l'ont trouvé dans les matières fécales que 2 fois sur 7 ; la difficulté de le décéler dans celles-ci vient de ce que les innombrables microbes d'autres espèces qui fourmillent dans les matières fécales fluidifient la gélatine si vite que les plaques sont détruites avant que le bacille typhoïde ait eu le temps de se développer. Dans les urines, Leitz, en Allemagne, a trouvé ce même bacille; M. Bouchard avait déjà signalé la présence d'un microbe dans les urines des typhiques albuminuriques, dès 1879, avant qu'on connût l'emploi des matières colorantes.

M. Chantemesse énumère encore d'autres caractères biologiques du bacille typhique. La sporulation s'opère entre 19° et 43°. L'eau est un excellent milieu de culture pour lui. M. Chantemesse l'a retrouvé avec toutes ses propriétés et son aptitude à la culture après trois mois de séjour dans de l'eau de l'Ourcq stérilisée. Il se conserve moins bien quand l'eau contient des germes d'autres espèces. La gelée ne le détruit pas. A 45°, les cultures peuvent vivre encore plusieurs jours. A 80°, elles meurent. Il suffit d'une ébullition de quelques minutes pour les détruire. Le bacille typhique vit moins bien dans le sang que dans l'eau, il vit mieux dans le sol humide que dans le sol sec.

Le sublimé à 1 pour 20,000 empêche les cultures de se développer, le sulfate de quinine à 1 p. 800 les empêche aussi; ce qui éclaire d'un jour nouveau et explique bien l'action si remarquablement utile du sulfate de quinine dans le traitement de la dothiénentérie. En revanche, l'acide phénique est un mauvais antiseptique pour le bacille typhique ; à 1 pour 400, il n'empêche pas sa végétation. L'acide chlorhydrique à 2 p. 100 ne l'arrête pas non plus ; cette solution se rapprochant beaucoup de la richesse

(1) Société médicale des hôpitaux, 25 février 1887.

du suc gastrique en acide chlorhydrique, il ne faut pas trop compter sur celui-ci pour l'arrêter et le détruire. Si le suc gastrique est un peu appauvri en acide, le bacille pourrait bien traverser l'estomac sans mourir et retrouver dans l'intestin les conditions favorables à sa pullulation.

Épanchement purulent chronique latent dans la plèvre.

M. *Debove* présente un malade porteur d'un épanchement purulent chronique dans la plèvre, dont il a relaté l'observation dans la dernière séance. Quand il existe dans une plèvre du pus stagnant, on est en droit d'admettre que les accidents fébriles qui surviennent sont en rapport proportionnel avec l'intensité de la résorption des produits putrides. Mais, quand les feuillets pleuraux sont tapissés de fausses membranes assez épaisses, la résorption peut se trouver entravée, et, la fièvre ne se produisant pas, l'épanchement purulent reste latent. Cette épaisseur des parois du kyste pleural devient, en revanche, un désavantage quand on veut faire l'empyème, car elle s'oppose à l'accolement curateur de la paroi thoracique et du poumon. Le malade que présente M. Debove a une déviation très accusée du cœur. On sent un double choc cardiaque : l'un, au niveau de l'extrémité inférieure du sternum, correspond évidemment à la pointe du cœur ; l'autre, au niveau du mamelon droit, répond à la base. Les auteurs qui parlent du refoulement en masse du cœur dans le côté droit du thorax ont probablement omis de faire cette distinction, car la pointe du cœur, fixée toujours par l'insertion péricardique du diaphragme, ne peut être déviée que faiblement.

M. Debove cite une observation due à M. Desplats (de Lille) qui a observé, lui aussi, un malade affecté de pleurésie purulente chronique latente que l'on ponctionne périodiquement.

Angine de poitrine à siège épigastrique.

M. *Henri Huchard* relate l'histoire d'une femme de 38 ans qui était entrée dans son service à l'hôpital Bichat pour un état morbide caractérisé par des paroxysmes de dyspnée avec angoisse, battements des artères du cou, pouls petit, pâleur. En outre, elle présentait des accès de douleur à l'épigastre avec irradiations dans l'hypochondre droit et ballonnement du ventre, accès provoqués le plus souvent par l'ingestion des aliments, quelquefois seulement par un mouvement un peu brusque. On notait, en outre, une augmentation considérable de la matité précordiale, un souffle systolique, et le diagnostic de myocardite avec aortite fut porté. L'iodure de sodium avait produit une notable amélioration lorsque la mort survint subitement dans un accès d'étouffement. La soudaineté de cette fin conduisit M. Huchard à penser, même avant l'autopsie, qu'il s'agissait d'une angine de poitrine à symptomatologie insolite, et, en effet, l'autopsie révéla, outre une aortite subaiguë, une myocardite scléreuse et une lésion orificielle, une obturation complète de l'artère coronaire gauche et un rétrécissement de la coronaire droite.

L'intérêt de cette observation réside dans le siège des manifestations douloureuses, qui, au lieu d'exister au niveau de la partie supérieure du sternum et de s'irradier vers l'épaule gauche s'étaient montrées à l'épigastre en s'irradiant vers l'hypochondre droit. Cette pseudo-gastralgie angineuse était déjà soupçonnée par Leared et Broadbent, et M. Huchard en a observé un cas il y a quelques années. Il observe encore un médecin qui présente maintenant des accès angineux classiques, mais qui pendant un certain temps s'est cru atteint seulement d'une maladie d'estomac, parce qu'il n'éprouvait que des accès de douleurs à l'épigastre.

Les pièces anatomiques de la malade de l'hôpital Bichat montrent en outre une fois de plus la réalité de la théorie artérielle de l'angine de poitrine vraie, cette affection étant causée par une oblitération des coronaires. Un autre fait confirmatif vient d'être communiqué par M. Hallez (de Lille); un peintre de 43 ans, meurt par syncope à la suite d'accès angineux classiques; autopsie; myocardite scléreuse, obturation complète de la coronaire droite.

M. *R. Moutard-Martin* vient d'observer un malade qui, atteint d'albuminurie, a succombé lentement dans son service, sans avoir jamais éprouvé de phénomènes d'angine de poitrine. On a pourtant trouvé à l'autopsie, outre des reins scléreux et une hypertrophie du cœur gauche, l'oblitération complète d'une coronaire à son origine.

M. *Huchard* sait très bien qu'on a signalé plusieurs autopsies de ce genre, mais l'âge des sujets doit être en pareil cas pris en grande considération. Les accidents angineux peuvent être évités, même en cas d'oblitération des coronaires, si une circulation anastomotique supplémentaire a le temps de s'établir. On a comparé justement l'angine de poitrine à la claudication intermittente des membres par oblitération artérielle. Mais la gangrène du membre ne survient pas, même en cas d'oblitération de l'artère principale; il faut que plusieurs artères soient oblitérées (Pitres, Charcot).

D'ailleurs, si l'oblitération ou le rétrécissement des coronaires à leur origine est la cause la plus fréquente de l'angine de poitrine, elle n'est pas la seule, et toutes les causes qui ont pour résultat l'ischémie du myocarde (sclérose des coronaires, spasme des coronaires, etc.) peuvent produire le syndrôme angineux. Donc l'absence de lésion à l'orifice de ces vaisseaux n'est pas une raison suffisante à invoquer contre la théorie artérielle.

M. Huchard rappell oue l'usage des iodures de potassium et surtou sodium continué pendant un à trois ans à la dose de 1 à 3 grammes par jour peut guérir l'angine de poitrine, à la condition qu'il n'existe ni rétrécissement, ni insuffisance aortique.

M. *Chauffard* demande si dans le cas de la malade dont M. Huchard attribue les douleurs épigastriques à l'angine de poitrine, ces douleurs ne s'expliqueraient pas plutôt par l'existence de l'aortite aiguë prolongée dans l'aorte descendante jusqu'au niveau du tronc cœliaque.

M. *Huchard* répond que l'aortite ne dépassait pas la crosse de l'aorte. L'aortite des angineux est le plus souvent limitée à l'origine de l'aorte. M. Potain a cité un cas où il existait seulement une plaque d'aortite large comme un pain à cacheter autour de l'orifice des coronaires.

M. *Guyot* n'est pas convaincu que la médication iodurée ait une action curative dans l'angine de poitrine, pas plus que dans les affections du cœur en général. Rien ne prouve que les malades de M. Huchard soient vraiment guéris. Il faudrait les suivre longtemps. M. Guyot a dans sa clientèle deux personnes qui ont eu un accès d'angine de poitrine il y a bien des années et qui n'en ont plus éprouvé d'autres, bien qu'elles n'aient pas été soumises à la médication iodurée.

M. *Huchard* suit certains angineux depuis sept ans ; c'est un délai déjà assez concluant. L'efficacité des iodures dans les affections aortiques n'est pas contestable. Bouillaud a montré que l'iodure de potassium pouvait guérir des anévrysmes de l'aorte.

M. *Guyot* ne croit pas que ces guérisons soient bien authentiques ni bien nombreuses.

M. *Dumontpallier* dit que le malade atteint d'anévrysme, que Bouillaud a guéri par l'iodure, était un syphilitique ; ce qui change la question. Il prie M. Huchard d'apporter à la Société le bilan exact des succès qu'il a obtenus dans le traitement de l'angine de poitrine.

QUINZAINE CHIRURGICALE

Névralgie mammaire due à un adénome de petit volume (1).

Il n'est pas rare de voir des jeunes femmes ou des jeunes filles tourmentées par des névralgies mammaires très intenses ayant pour caractère tout à fait spécial d'augmenter d'intensité au moment des règles. A cette époque la mamelle gonfle légèrement dans sa totalité et on sent souvent une région plus résistante où la pression réveille une douleur très vive. C'est ce que les auteurs ont décrit sous le nom d'adénome, de mamelle irritable, etc. Quelquefois un traitement général tonique chez les anémiques, calmant chez les nerveuses, suffit pour calmer les douleurs, mais souvent aussi aucun remède ne produit un effet favorable. On a vanté la compression, mais souvent elle échoue. On a dit que les tumeurs étaient bénignes et qu'il n'y avait aucune indication de les enlever ; la chose est vraie quant à la bénignité, mais encore il faut se souvenir que nombre de femmes qui durant leur jeunesse ont senti dans leur sein une petite région indurée, douloureuse par instants, ont vu au moment de la ménopause se développer une tumeur maligne. Aussi, si les moyens que nous avons énoncés plus haut ne suffisent pas, si la compression échoue, il ne faut pas hésiter et recourir à l'intervention sanglante. C'est la conduite qu'a tenue M. Routier sur une jeune femme tourmentée de névralgies mammaires rebelles avec exacerbations menstruelles. Au point le plus douloureux on sentait un lobule glandulaire un peu induré, sa pression exagérait les douleurs et provoquait des irradiations vers l'épaule droite. Le lobule induré fut enlevé et le microscope y reconnut un noyau d'adénome tout à fait caractérisé. L'opération donna un très bon résultat, et les douleurs n'ont point reparu.

(1) Société de chirurgie, 9 février 1887.

Dangers de la réduction en masse des hernies (1).

Le Dr Poisson (de Nantes) a observé un fait des plus intéressants pour le praticien. Un homme de 64 ans voit sortir un matin une hernie inguinale qu'il avait l'habitude de rentrer lui-même ; il procède de la même façon, mais, après la réduction, des accidents douloureux se manifestent. Purgatifs, lavements, tout échoue ; les vomissements fécaloïdes étant survenus, M. Poisson se décide à ouvrir l'abdomen. Il pratiqua une longue incision au-dessus du pli inguinal et trouva dans l'abdomen un sac herniaire réduit contenant une anse intestinale adhérente. Il ouvrit alors le sac, dégagea l'anse d'intestin, puis la nettoya avant de refermer le ventre. Les suites de l'opération furent des plus simples ; vingt-quatre heures après, une selle montrait que le cours des matières était rétabli et, depuis, la guérison s'est parfaitement maintenue.

Traitement de la cystalgie par la taille vésico-vaginale (2).

M. Le Dentu a pratiqué deux fois cette opération et en a retiré d'heureux résultats. Dans la première observation, sur une femme atteinte de métrite et de cystite, le soulagement fut immédiat, les envies d'uriner cessèrent et la suppuration diminua. Au bout d'un mois, la fistule était fermée, l'urine claire, et il ne restait que quelques besoins de miction impérieux survenant parfois et résultant probablement des antécédents névropathiques de la malade.

La seconde malade présentait une cystite et une métrite de nature probablement tuberculeuse. Après l'opération il n'y eut pas de soulagement immédiat, mais un mois après il s'accentuait définitivement. La fistule n'a pas été fermée.

M. Le Dentu pratique cette opération à l'aide d'un conducteur fenêtré et fait une incision de 3 centimètres. Puis, pour éviter l'infiltration d'urine, il suture ensemble les lèvres de la plaie vésicale et de la plaie vaginale formant ainsi une fistule bi-muqueuse. Par ce procédé, M. Le Dentu n'a pas besoin de se servir des canules en forme de double bouton, très difficilement supportables qui sont employées par quelques chirurgiens pour empêcher la boutonnière de se rétrécir.

(1) Société de chirurgie, 16 février 1887.
(2) Société de chirurgie, 16 février 1887.

Anévrysme traumatique de la tibiale antérieure (1).

Un cultivateur, âgé de 26 à 27 ans, se blesse à la partie moyenne de la jambe avec sa faux ; une hémorrhagie abondante se produit aussitôt, le blessé la réprime en serrant fortement son mouchoir au niveau de la blessure. Une tumeur se forma bientôt à ce niveau et, comme elle présentait quelques phénomènes inflammatoires, un médecin lui donne un coup de bistouri: une hémorrhagie abondante se déclare. M. le Dr Surmay (de Ham), appelé près du malade, constate une tumeur du volume du poing, oblongue, à grand axe vertical, présentant à sa surface quelques petites plaies fermées par des caillots sanguins. Pas de battements, mais soulèvement isochrone au pouls radial ; la tumeur s'affaisse et se ramollit quand on comprime la fémorale, c'est donc un anévrysme traumatique. Ne pouvant établir une compression sérieuse et redoutant les effets de la ligature de la fémorale à la cuisse, M. Surmay se décide pour l'opération la plus radicale. Tandis qu'un aide comprimait la fémorale, il fit une longue incision verticale, puis une transversale, tomba dans une masse sanguine sous-aponévrotique dont il extirpa les caillots, puis, trouvant au fond de la plaie l'artère tibiale antérieure incomplètement sectionnée, il plaça une pince à forcipressure au-dessus et une au-dessous de la division vasculaire, et appliqua une ligature au delà de chaque pince ; l'hémorrhagie fut définitivement arrêtée. Quelques jours après, le malade était guéri et les fonctions du membre s'exercent tout aussi bien qu'auparavant.

Traitement abortif du furoncle par les injections intra-parenchymateuses d'acide phénique (2).

Le furoncle est le produit de l'inoculation des follicules pilo-sébacées par un micro-organisme pyogène, le staphylococcus aureus, et peut-être par d'autres; et, d'autre part, on sait expérimentalement que ce microbe est tué par les solutions phéniques faibles. Ces notions ont conduit M. Bidder à l'emploi d'une méthode pouvant agir directement sur l'élément infectieux et le neutraliser au foyer même de son action. Dès le début de la formation du furoncle, il introduit obliquement, dans le tissu qui l'entoure, l'aiguille d'une seringue de Pravaz chargée d'une solution phéniquée à 2 0/0, de façon que sa pointe pénètre dans le centre du foyer inflammatoire qui commence déjà à se ramollir. Il chasse alors quelques gouttes de la solution dans le tissu, puis retire l'aiguille pour la plonger à l'extrémité opposée du même diamètre et faire la même manœuvre. Généralement alors, on voit sortir quelques gouttes de liquide trouble purulent par la première piqûre.

Si le furoncle est de gros volume, on fait à l'entour quatre piqûres, et par chacune d'elles on injecte une demi-seringue de liquide phénique. L'injection doit se faire lentement ; néanmoins elle est un peu douloureuse; mais, après quelques instants, cette douleur cesse, et toute sensation pénible disparaît dans la région malade. On recouvre ensuite celle-ci d'une compresse phéniquée recouverte de taffetas gommé ou de gutta-percha, afin de conserver son humidité. Généralement au bout de 2 à 3 jours, pour les petits, de huit à dix jours pour les plus gros, tout est fini. Il ne se fait aucune suppuration et on a ainsi évité les cicatrices difformes qui succèdent souvent aux gros furoncles qui suppurent et se cicatrisent lentement.

(1) Archiv. gén. de méd., 1887, n° 2.
(2) Soc. de Médecine de Berlin. 10 janvier 1887.

Diagnostic et traitement des kystes du pancréas (1).

La communication du Dr Kuester, sur ce sujet, est des plus intéressantes et permet de rassembler quelques notions sur un genre de tumeurs dont le diagnostic est des plus obscurs et des plus difficiles. Un homme de 46 ans, d'aspect vigoureux, se plaignait depuis un an d'accès gastralgiques répétés il avait aussi été atteint d'une gastro-entérite assez intense. Deux mois après, on constatait une tumeur dans la région de l'estomac. Cette tumeur était fluctuante, immobile sur les parties profondes, sans rapports avec le foie et ne paraissait pas adhérer aux organes voisins. On n'y percevait ni souffles, ni battements, ce n'était donc pas un anévrysme de l'aorte abdominale ou de ses branches. Une ponction exploratrice donna issue à un liquide jaune sale, albumineux, contenant de nombreux globules rouges et des grains riziformes. On pouvait donc éliminer les kystes hydatiques et l'hydronéphrose, ce qui restreignait le champ des hypothèses. Kuester porta alors le diagnostic de kyste du pancréas et pratiqua la laparotomie sus-ombilicale. La tumeur était recouverte en haut par l'estomac, en bas par le côlon transverse et voilée par l'épiploon gastrocolique.

Le ligament une fois lié et disséqué, le kyste fut ponctionné, puis énucléé en partie au dehors de l'abdomen, puis suturé en couronne. La cavité fut lavée, grattée, nettoyée à fond, puis tamponnée à la gaze iodoformée. Les suites de l'opération furent des plus simples ; vingt-cinq jours après il ne restait qu'un petit trajet fistuleux qui était complètement fermé quarante jours après la laparotomie. L'examen du liquide kystique montra 3 % d'albumine, il avait une capacité digestive considérable.

Les symptômes des kystes du pancréas sont très obscurs ; il en est de même de leurs causes ; dans certains faits, on signale les contusions abdominales; d'autres fois des troubles digestifs persistants ou des inflammations aiguës. Le symptôme le plus constant est la *névralgie du plexus cœliaque*, elle existait chez le malade de Kuester. La salivation pancréatique et la stéatorrhée signalées par quelques auteurs ne sont pas constantes si même elles ont jamais été nettement observées. La *diarrhée rebelle* et *l'amaigrissement rapide* des malades sont des signes beaucoup plus importants et qui paraissent tenir à l'irritation du plexus cœliaque.

(1) Soc. de médecine de Berlin, in *Semaine médicale* 1887, 9 février.

La forme de la masse morbide, la fluctuation, son siège, sa fixité, permettent de faire à peu près le diagnostic ; mais on aura à éliminer chez l'homme les kystes du foie, du mésentère, de la rate et chez la femme on devra en outre se tenir en garde contre les kystes ovariques; cependant, il faut se rappeler que ceux-ci se développent de bas en haut, tandis que ceux du pancréas s'accroissent de haut en bas. Dans les six cas connus de kyste pancréatique chez des femmes, cinq fois on avait fait le diagnostic de kyste ovarique et une fois on avait cru à un kyste hydatique du foie.

Le traitement de ces sortes de tumeurs ne comprend en réalité que deux méthodes. La ponction simple, en effet, ne peut être proposée comme forme rationnelle de traitement; elle n'est pas exempte de dangers et d'ailleurs, on a toujours vu le liquide se reproduire à sa suite. L'extirpation totale ou partielle précédée de la laparotomie sera donc la méthode de choix.

L'extirpation totale, à cause de la situation de la tumeur et de ses larges adhérences, sera la plupart du temps impossible et on devra se contenter d'agir comme l'a fait Kuester, de faire la résection partielle de la tumeur et de suturer le reste à la paroi abdominale, afin d'obtenir l'oblitération du pédicule infundibuliforme ainsi formé. La formation et la conservation d'une fistule est un inconvénient de cette méthode ; il faut tâcher de l'éviter et, pour cela, détruire soigneusement, au cours de l'opération, tous les fragments de tissu glandulaire qui pourraient donner lieu à une sécrétion persistante. Il faut noter, en terminant, que l'extirpation de ces kystes ne paraît pas altérer notablement les fonctions digestives. Mueller a observé que la digestion des matières amylacées se faisait correctement, mais que celle des substances azotées était notablement diminuée.

Dr Barette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er mars.

M. *Béchamp* demande la lecture d'un pli cacheté déposé par lui en 1886 et où se trouve exposée la cause **des altérations subies par le sang au contact de l'eau, de l'oxygène ou de l'acide carbonique.** M. Pasteur avait dit que le sang pouvait se conserver sans putréfaction dans l'air pur, privé de germes, et que certaines modifications qu'il subit, dégagement d'acide carbonique, formation de cristaux, destruction des globules se font sous l'influence de l'oxygène de l'air. M. Béchamp pense avoir fourni la preuve que la formation des cristaux et la destruction des globules n'est pas le fait de l'oxygène : car ses expériences lui démontrent que c'est dans l'air ot l'oxygène que les cristaux se forment le plus difficilement, et c'est dans l'acide carbonique que le phénomène s'accomplit le mieux. C'est aux microzymas du sang que M. Béchamp attribue la cause des phénomènes signalés, que ce soit au contact de l'air, de l'oxygène ou de l'acide carbonique.

M. Picot (de Bordeaux) a été élu correspondant national.

M. *E. Vidal* lit au nom de la commission nommée pour étudier l'opportunité du maintien **de l'inspectorat des eaux minérales** et des réformes qu'il peut comporter, un rapport dont voici les conclusions, conformes en plusieurs points à des vœux formulés en 1873 par l'Académie à la suite d'un rapport de Gubler.

1° L'inspectorat est maintenu dans ses dispositions fondamentales. (Deuxième vœu de l'Académie de médecine, séance du 25 mars 1873.)

2° Un médecin-inspecteur est attaché à toute localité comprenant un ou plusieurs établissements d'eaux minérales dont l'exploitation est reconnue comme devant donner lieu à une surveillance spéciale. (Art. 1er du décret du 28 janvier 1860.)

3° Dans le cas où les nécessités du service l'exigent, un ou plusieurs médecins peuvent être adjoints au médecin-inspecteur, sous le titre d'inspecteurs-adjoints, à l'effet de remplacer le titulaire en cas d'absence, de maladie ou de tout autre empêchement. (Art. 2 du même décret.)

Pendant toute la durée de la saison thermale, les adjoints partagent avec les inspecteurs l'assistance médicale des indigents.

4° L'inspection a pour objet tout ce qui, dans chaque établissement, importe à la santé publique. Les inspecteurs font, dans ce but, aux propriétaires, régisseurs ou fermiers, les propositions ou observations qu'ils jugent nécessaires ; ils portent leurs plaintes à l'autorité, et sont tenus de lui signaler les abus venus à leur connaissance. (Art. 4 de l'ordonnance du 18 juin 1823.)

5° Ils soignent gratuitement les indigents admis à faire usage des eaux minérales, à moins que ces malades ne soient placés dans des maisons hospitalières où il serait pourvu à leur traitement par les autorités locales. (Art. 11 du décret de 1860.)

6° Des délégués du Comité consultatif d'hygiène publique, faisant fonction d'inspecteurs régionaux, seront chargés d'examiner les rapports administratifs envoyés à M. le ministre du commerce et de l'industrie par les médecins inspecteurs résidents.

7° Ils visiteront tous les établissements thermaux de leur circonscription, au moins une fois par an pendant la saison thermale ;

Ils séjourneront dans chaque station aussi longtemps que cela sera nécessaire ; ils y retourneront à plusieurs reprises s'ils le jugent utile, ou s'ils sont demandés par le médecin-inspecteur ;

Ils s'assurent du bon fonctionnement de l'assistance médicale et du service balnéaire pour les indigents, ainsi que pour les malades ayant droit à la gratuité. Ils veilleront à l'exécution des règlements intérieurs et à celle des obligations du cahier des charges. Ils porteront une attention toute spéciale sur l'hygiène de la localité.

8° Les médecins, exerçant dans chaque station d'eaux minérales, sont réunis, une fois l'an, en *commission consultative*, de préférence vers la fin de la saison thermale, à l'effet de discuter en commun les améliorations à introduire dans l'aménagement des sources, leur mode d'emploi, les installations balnéaires ou autres, en un mot toutes les questions de pratique médicale qui intéressent la station. (5e vœu de l'Académie de médecine.)

La commission consultative sera composée des médecins exerçant depuis deux ans, au moins, dans la station thermale.

Ne pourront en faire partie que les docteurs en médecine nés français ou naturalisés français, et reçus dans une des Facultés de France.

9° Les médecins-inspecteurs des établissements d'eaux minérales naturelles seront nommés par M. le ministre du commerce et de l'industrie sur une liste de trois noms proposés par l'Académie de médecine, votant en séance publique, et au scrutin secret.

Si une nouvelle loi venait à être promulguée, il serait désirable qu'elle conférât à l'Académie le droit d'élire les inspecteurs au *vote uninominal*, leur élection devant être nécessairement soumise à l'approbation du ministre.

10° La limite de l'âge pour les médecins-inspecteurs sera fixée à soixante-cinq ans.

Le titre de *médecin-inspecteur honoraire* pourra leur être accordé.

11° Les médecins-adjoints seront nommés par le ministre, sur la proposition de la *commission consultative des médecins* de la station thermale, composée comme il est dit ci-dessus (8e conclusion), convoquée extraordinairement s'il y a lieu, par l'administration. Ils seront nommés pour une période de trois ans et rééligibles.

12° Les délégués, chargés de remplir les fonctions d'inspecteurs régionaux, seront désignés par le Comité consultatif d'hygiène et nommés par M. le ministre du commerce et de l'industrie.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Exercice de la médecine par les médecins militaires.

Monsieur et très honoré confrère,

A la suite des divers articles publiés dans le *Concours médical*, au sujet de la *concurrence des médecins militaires* dans la pratique civile, je considère comme un devoir de vous communiquer les réflexions suivantes.

Depuis la nouvelle organisation du service militaire obligatoire pour tous, de 20 à 40 ans (armée active, réserve et territoriale), il *n'existe pas une famille, en France*, qui ne soit obligée, à chaque instant, de réclamer l'appui du médecin militaire, soit en cas de maladie d'un fils ou d'un frère soldat, soit pour des congés de convalescence, des prolongations, des exemptions temporaires de service ou d'appel aux périodes d'instruction de la réserve ou de la territoriale.

Avec ce rôle considérable que joue aujourd'hui le médecin militaire dans la vie du citoyen français, on comprend, sans peine, que les familles ont maintenant un intérêt tout particulier à rechercher les bons offices d'un personnage si influent.

Avant 1870, la population civile de nos garnisons s'occupait fort peu du médecin militaire.

....

Dans les circonstances actuelles, le médecin militaire, dont le caractère ne le cède en rien à celui du médecin civil, doit avoir souvent bien de la peine à ne pas céder, involontairement, aux sollicitations, aux demandes souvent légitimes de ses clients civils.

Aussi, à tous les points de vue, afin de ne pas exposer le médecin militaire à des soupçons de partialité, dans l'intérêt du service de l'armée, comme dans l'intérêt du médecin civil — que tant de charges accablent ! — il importe que les pouvoirs publics interviennent sérieusement pour défendre l'exercice de la médecine civile aux médecins militaires, excepté dans les cas d'urgence, et dans les circonstances où ils seraient appelés en *consultation* par leurs confrères civils...

En effet, les inconvénients que je viens de signaler sont d'autant plus grands aujourd'hui, que les médecins militaires restent pendant longtemps dans des régiments qui ne sont jamais déplacés de la région militaire à laquelle ils appartiennent.

Ne pensez-vous pas qu'il serait opportun, mon cher confrère, de saisir de cette question les syndicats de notre profession pour que des démarches soient faites dans ce sens, non seulement auprès du ministre actuel de la guerre, mais encore auprès de nos confrères députés ?

Dans l'espoir qu'un bon accueil sera fait à une plainte qui n'est, du reste, que l'écho bien faible de toutes les plaintes de mes confrères de la province, je vous prie de vouloir bien agréer, etc.

Dr X.

Le secret professionnel des médecins et les assurances sur la vie.

Le tribunal civil de Besançon vient de rendre une décision qui mérite d'être signalée.

Un habitant de Besançon, M. D...., avait contracté une assurance sur la vie de 5,000 francs. Après son décès, la Compagnie exigea de ses héritiers, conformément aux clauses de la police, la production d'un certificat indiquant le genre et la durée de la maladie à laquelle avait succombé M. D..

Les héritiers s'adressèrent au médecin qui l'avait soigné. Mais celui-ci refusa de délivrer le certificat.

« Ce serait, disait-il, trahir un secret professionnel que de révéler la maladie qui a déterminé la mort de M. D...., et je ne veux pas me mettre dans le cas de me faire appliquer l'article 378 du Code pénal. »

Les médecins ne sont pas d'accord sur l'étendue de leurs obligations quand il s'agit d'un certificat à produire en matière d'assurance. Les uns pensent qu'ils peuvent faire connaître la maladie dont leur client a été atteint chaque fois que cette maladie n'aura pas un caractère honteux ou héréditaire. D'autres estiment, et au nombre de ceux-ci se trouve le docteur Brouardel, l'éminent professeur de médecine légale à la Faculté de Paris, que le médecin de la famille doit toujours garder le silence, car s'il délivre des certificats dans certains cas et qu'il en refuse dans d'autres, son refus, lorsqu'il se produira, équivaudra au plus détestable des certificats. Le médecin fera ainsi planer sur le défunt les soupçons les plus malveillants ; il pourra causer un préjudice irréparable aux enfants de son client décédé, etc.

Le docteur qui avait soigné M. D... fut assigné devant le tribunal civil en même temps que la Compagnie. Les héritiers de M. D... réclamaient à cette dernière le payement de l'assurance, et au médecin un certificat qui leur donnât le moyen d'obtenir ce payement. Leur demande fut soutenue par Me Belin.

Me Francey plaida pour le docteur et soutint que son client, invoquant le secret professionnel, ne pouvait être contraint de délivrer un certificat.

Me Bouvard invoqua pour la Compagnie d'assurances les clauses de ses polices, où figure parmi les pièces à produire à l'effet d'obtenir les règlements après décès le certificat du médecin traitant.

Le tribunal, conformément aux conclusions de M. le substitut Schuler, a mis le docteur X... hors de cause sans dépens et condamné la Compagnie à payer le montant de l'assurance, celle-ci n'alléguant même pas que M. D... avait succombé à une des causes de mort qui, suivant la police, l'exonérerait entièrement.

La Compagnie a été, en outre, condamnée à tous les dépens.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Les auto-intoxications dans les maladies.

« Nous vivons dans un temps où il est bon de vivre, quand on s'intéresse aux choses de la médecine ».... et qu'on peut lire et goûter un livre (1) tel que celui de M. le professeur BOUCHARD sur les *auto-intoxications dans les maladies* ; ces leçons, auxquelles le professeur dans sa chaire donnait le charme de sa parole grave et convaincue, ne sont pas moins intéressantes à lire.

Notre ami P. Le Gendre, qui les a rédigées, s'est efforcé de reproduire la clarté, la forme précise de son maître : et ceux qui ont eu la bonne fortune de suivre l'enseignement oral de M. Bouchard estimeront, croyons-nous, qu'il y a réussi.

Pour M. Bouchard, il y a quatre grands processus pathogéniques dans lesquels on peut faire rentrer les causes de toutes les maladies : dystrophies élémentaires primitives, réactions nerveuses ; troubles préalables de la nutrition ; infection.

L'intoxication est un processus secondaire qui peut préparer, accompagner ou suivre chacun d'eux.

L'homme sain est un réceptacle et un laboratoire de poisons : il en reçoit par les aliments, il en fabrique par sa désassimilation, il en forme par ses sécrétions. S'il n'est pas empoisonné, c'est grâce au foie qui arrête au passage les poisons puisés dans l'intestin par la veine porte, pour les neutraliser ou les rejeter dans l'intestin ; c'est grâce aux émonctoires (reins, peau, poumons) qui expulsent les poisons en circulation dans le sang.

Ce serait les déflorer que d'exposer brièvement les belles expériences de M. Bouchard sur la toxicité des urines, de la bile, etc. Elles n'ont pas seulement un intérêt scientifique, elles mènent à des applications pratiques. Laissant de côté celles dont nos lecteurs ont déjà eu la primeur sur le traitement de la fièvre typhoïde (2), sur la dilatation de l'estomac (3), sur l'antisepsie du tube digestif (4), voyons quelles indications peuvent fournir ces notions nouvelles dans le traitement de *l'urémie*, de *l'ictère*, du *choléra*.

(1) Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies, par Ch. Bouchard, recueillies et publiées par le Dr P. Le Gendre. Paris, 1887. Librairie Sacy.

(2) *Conc. médical*, 1885, p. 550, 572.

(3) *Conc. médical*, 1886, p. 208.

(4) *Conc. médical*, 1885, p. 524.

II

L'urémie est, pour M. Bouchard, *l'intoxication par tous les poisons qui, normalement introduits ou formés dans l'organisme, auraient dû s'éliminer par la voie rénale et en sont empêchés par l'imperméabilité des reins.*

Une première question se pose à propos du traitement : lorsque l'appareil rénal cesse d'accomplir ses actes dépurateurs, peut-il être suppléé par d'autres appareils, tels que la peau ou le poumon ?

Les divers moyens employés dans ce but, bains d'air chaud et sec, bains de vapeur, sudorifiques tels que le jaborandi, enlèvent surtout de l'eau à l'organisme, mais non les substances toxiques que le rein est chargé d'éliminer ; sans compter que cette déperdition d'eau amène une diminution de la quantité des urines, déjà moins abondantes et moins denses. M. Bouchard trouve plus rationnels les autres moyens d'augmenter la sécrétion urinaire en modifiant la circulation rénale tels que les révulsifs (ventouses scarifiées ou sèches, sangsues, sinapismes) et surtout les frictions cutanées.

La *digitale* ne doit pas être employée indifféremment à toutes les périodes des maladies des reins ; lorsque le rein cesse de pouvoir éliminer les matières toxiques fabriquées par l'organisme, il retient aussi les substances médicamenteuses ; leur emploi n'a d'autre effet, en pareil cas, que d'associer l'intoxication médicamenteuse à l'intoxication urémique.

La digitale réussit surtout chez les brightiques lorsqu'il y a des troubles cardiaques associés à la maladie du rein ; lorsque la maladie est très avancée, il faut surveiller de près l'emploi de la digitale et ne donner que des doses assez fractionnées pour qu'on ait le temps de supprimer immédiatement la médication, si l'on voit apparaître des signes d'intolérance (nausées, vomissements). La digitale est contre-indiquée dans la forme gastro-intestinale de l'urémie.

On peut encore essayer d'augmenter la sécrétion rénale, en faisant refluer dans la circulation générale le sang du système porte et, par conséquent, en augmentant la tension artérielle générale ; ce résultat peut être obtenu par l'emploi de lavements froids ou par l'ingestion de boissons fraîches (lait par exemple) qui, tout en stimulant la contractilité des vaisseaux, favorisent encore la diurèse en faisant absorber une certaine quantité d'eau.

Des expériences de M. Bouchard tendent à prouver que *l'urée*, si longtemps considérée à tort comme un poison, est au contraire un bon diurétique et qu'en injections hypodermiques, elle pourrait combattre jusqu'à un certain point les accidents urémiques.

Si la peau et le poumon ne peuvent vicarier le rein, devenu incapable d'accomplir sa tâche éliminatrice, on ne peut guère non plus utiliser, comme émonctoires, les muqueuses de l'estomac et de l'intestin; les résultats obtenus par les *vomitifs*, et même par les *purgatifs*, sont loin d'être très encourageants.

La *saignée* a donné de meilleurs résultats ; en effet, on soustrait à l'économie beaucoup plus de matières extractives par la saignée que par toute autre voie, la voie rénale exceptée ; une saignée de 32 gr. en enlève autant que 280 gr. de liquide diarrhéique, et que 100 litres de sueur. C'est surtout dans les néphrites aiguës, curables, telles que la néphrite scarlatineuse, que la saignée est formel-

lement indiquée, si les accidents urémiques se montrent : la maladie rénale ne demande alors qu'à guérir, si le malade ne succombe pas à l'assaut passager de l'urémie. Au contraire, dans les maladies chroniques du rein, l'utilité de la saignée est douteuse : il n'y a guère lieu de la pratiquer qu'une seule fois dans l'urémie terminale des néphrites chroniques, au moment d'accidents qui menacent d'entraîner la mort immédiatement et sans autre espoir que de différer de peu le terme fatal.

Les *inhalations de chloroforme* ont réussi, surtout dans cette intoxication particulière qui ressemble singulièrement à l'urémie, l'éclampsie des femmes en couches : sans avoir fait leur preuves au même degré dans l'urémie des néphrites, elles trouvent leur application dans la forme convulsive, mais non, bien entendu, dans les formes comateuses.

L'action du *chloral* est également réservée à la forme convulsive.

Le *bromure de potassium* ne sera pas employé, puisqu'il augmentait lui-même l'intoxication par la potasse qu'il contient ; si l'on veut opposer une préparation bromurée aux accidents urémiques convulsifs, on prescrira le *bromure de sodium*, mais jamais il ne faut donner aux urémiques aucun sel de potasse, pas plus le bromure de potassium que le nitrate de potasse.

III

De toutes ces médications, de tous ces moyens thérapeutiques tour à tour prônés contre les accidents urémiques, M. Bouchard ne conseille guère que certains agents diurétiques, en tête desquels il place le lait, et recommande la saignée dans certains cas ; mais, d'après lui, ce que le médecin peut faire de plus utile, c'est de chercher à tarir ou à diminuer les quatre grandes sources de l'accumulation des matières toxiques dans l'économie : la désassimilation, la secrétion du foie, l'alimentation, les putréfactions intestinales.

Il est inutile d'essayer d'entraver la désassimilation en administrant des substances qui passent pour ralentir les échanges nutritifs, et qu'on a appelés des médicaments d'épargne, *l'arsenic*, la *valériane* ; ce qu'il faut, c'est rendre les produits de désassimilation aussi peu nocifs que possible ; or ce qui est surtout toxique, ce sont les produits de la vie sans oxygène ; aussi est-il rationnel d'adopter la pratique de M. Jaccoud qui vante les inhalations d'oxygène dans le traitement de l'urémie.

Que peut-on faire pour lutter contre cette source de poison qui réside dans la sécrétion biliaire ? On diminuera la quantité de bile sécrétée en administrant le lait ; lorsqu'il est bien digéré, la constipation s'établit, le résidu fécal sec et dur qu'il laisse ne contient presque pas de pigment biliaire. On balayera la bile formée à l'aide de certains sels neutres dont l'action se borne à faire parcourir rapidement au contenu de l'intestin son trajet jusqu'à l'anus : on évitera, en tout cas, les purgatifs potassiques, la crème de tartre soluble et le sel de Seignette. Comme la bile est surtout toxique par ses matières colorantes, on la décolorera en administrant le charbon à dose suffisante.

On diminue la source de toxicité résidant dans l'alimentation, en diminuant celle-ci au point de vue surtout des matières minérales, de la potasse qui concourt pour une part importante à l'intoxication. On choisit, pour les urémiques, des aliments rapidement digérés et absorbés ; on recherche des aliments peu riches en matières extractives et en potasse, on écarte donc la viande rôtie ; on choisit le lait, si peu riche en potasse, et qui a fait ses preuves à tant de points de vue dans le traitement de l'urémie. On y adjoint le blanc d'œuf, au besoin le fromage, qui ne contient plus les matières minérales solubles du lait. Si on tolère de temps à autre un peu de viande, ce sera de la viande bouillie ; mais on interdit le bouillon.

Pour lutter contre l'intoxication par les produits de la putréfaction intestinale, on n'admet que peu de matière putrescible dans le tube digestif, afin que le résidu de la digestion fasse des masses solides, ne présentant au contact de la muqueuse absorbante que des surfaces dures et peu étendues. L'alimentation lactée quand elle est bien tolérée (ce qui est la règle quand le lait est ingéré par petites doses espacées) produit le résultat désirable, c'est-à-dire des matières fécales peu abondantes et solides. De quelque côté qu'on l'envisage, le lait s'oppose donc à toutes les sources d'intoxication.

Quant aux produits toxiques de la putréfaction intestinale, on peut en neutraliser quelques-uns en désinfectant l'intestin à l'aide du charbon. On peut même s'opposer au développement de toute putréfaction, en réalisant l'antisepsie intestinale (iodoforme, charbon, naphtaline, sous-nitrate de bismuth).

IV

Dans *l'ictère*, l'intoxication est double : la bile est surtout toxique par sa matière colorante. Ce qui préserve l'organisme, c'est l'urine qui élimine incessamment une partie de cette matière colorante ; c'est aussi le tissu cellulaire, ce sont les tissus fibreux dont les fibres blanches fixent sur elles l'excès de matière colorante non *éliminé qui, en demeurant* en circulation, porterait une grave atteinte au fonctionnement des cellules nerveuses. D'autre part, les sels biliaires augmentent la désassimilation, détruisent les cellules musculaires et les globules sanguins, et mettent ainsi en liberté des poisons organiques et minéraux, notamment de la potasse.

Or, dans beaucoup des maladies qui produisent l'ictère, le foie est détruit ou entravé dans la fonction qui lui est dévolue de protéger l'organisme contre les poisons en les détruisant ou en les emmagasinant ; il cesse aussi de fabriquer l'urée qui est un excellent diurétique. Ainsi se trouve réalisée une intoxication complexe dont les phases successives sont la cholémie, l'acholie, et l'urémie.

En définitive, dans l'ictère, la vraie sauvegarde de l'organisme contre l'intoxication, c'est le rein. S'il vient à exercer d'une manière insuffisante son rôle dépurateur, l'urine de l'ictérique cesse d'être toxique, et l'ictérique s'empoisonne par le fait de la rétention des poisons que n'élimine plus son urine.

V

Ce ne sont pas toujours les poisons normaux introduits dans l'organisme ou fabriqués par lui qui doivent être incriminés dans les auto-intoxications : l'organisme peut, en élaborant vicieusement la matière, produire parfois des substances anormales douées d'une haute toxicité.

C'est ainsi que, chez les glycosuriques, outre les accidents résultant d'une destruction incomplète du sucre formé par l'organisme, celui-ci peut donner naissance à un corps très toxique qui, dans les uri-

nes des malades atteints de coma diabétique, prend une coloration rouge vin de Bordeaux au contact du perchlorure de fer; certains auteurs l'ont considéré comme de l'acétone, et on n'est pas fixé chimiquement sur sa nature. Ce qui est certain, c'est que *l'acétonémie* est une auto-intoxication par un poison anomal, morbide ; on rencontre encore cette substance toxique dans le coma dyspeptique, dans certains cas de cancer de l'estomac, d'anémie pernicieuse, de leucocythémie ; M. Bouchard l'a même trouvée dans la dilatation de l'estomac et dans la fièvre typhoïde.

Dans le *choléra* il se fait aussi parfois une élaboration anormale de la matière, attestée par la coloration violette que présentent, même à l'émission, les urines de certains cholériques soumis à l'usage de la naphtaline ; mais le choléra est un exemple d'intoxication multiple. Il existe un poison primitif, cholérique, inconnu dans son essence, qui est fabriqué soit par l'organisme à la sollicitation de microbes pathogènes, soit par ces microbes eux-mêmes. Mais, outre les accidents causés par le poison cholérique, les malades atteints du choléra subissent, à un moment donné, par suite de l'anurie, une intoxication secondaire, par rétention des poisons normaux : le myosis qu'on observe alors est le critérium clinique de l'apparition de cette intoxication urémique.

VI

Ces notions pathogéniques sur le rôle des auto-intoxications dans les maladies sont d'autant plus importantes qu'elles mènent à des conclusions utiles dans la pratique : il y a lieu d'espérer qu'à mesure qu'on sera mieux fixé sur ces questions nouvelles, l'antisepsie générale, *médicale, interne*, fournira des résultats de plus en plus heureux.

Ce qui rehausse la valeur du livre de M. Bouchard, c'est que, lorsqu'il hasarde quelques hypothèses, il a grand soin de prévenir le lecteur que ce ne sont que des hypothèses ; toutes les fois qu'il apporte des affirmations, elles sont appuyées sur une démonstration expérimentale.

Nous ne saurions omettre le soin tout particulier avec lequel a été faite la table analytique : elle permet de mieux saisir l'ensemble des idées si neuves et si intéressantes qui sont disséminées dans l'ouvrage.

G. Lepage.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat médical de N***

Séance du 15 *février* 1887.

Cher confrère,

Vous connaissez le Proverbe : « *Les absents ont tort.* » Jamais peut-être il n'a trouvé une plus exacte application que mardi, 25 février, à l'occasion de la réunion du syndicat médical de N. Vous allez en juger.

J'avais été gracieusement invité par le Président à assister à cette réunion d'où mon titre d'étranger aurait dû m'exclure. De mon côté, je m'étais fait un devoir, en même temps qu'un plaisir, de me rendre aux sollicitations de notre très aimable confrère. Le programme de la séance était, du reste, intéressant et, entre autres questions importantes, il s'en trouvait une qui me paraissait devoir amener, dans l'assemblée, une certaine animation. Nos confrères avaient, en effet, à combattre *pro aris et focis*, je veux dire à prendre une détermination dans un cas d'exercice illégal de la médecine qui est pratiqué dans la région, sur la plus vaste échelle par un homme dont la réputation de guérisseur de tous les maux qui affligent l'humanité est en train de s'étendre, grâce au concours des imbéciles et des gogos qu'il exploite du reste avec une habileté véritable. Peut-être l'eût-on laissé vendre en paix ses emplâtres et ses poudres si, dans un prospectus apologétique, il n'eût nominativement désigné le Dr G., membre du syndicat, qui n'a pas trouvé de bon goût l'usage qu'on faisait de son nom. J'avoue que vraiment il n'y avait pas précisément lieu d'être très satisfait et de se frotter les mains.

Mais vous avez hâte de savoir au juste de quoi il s'agit et je comprends votre impatience. Voici donc le fait sans autre préambule.

Dans les environs de N..., à quelques kilomètres de la ville, s'est installé depuis un certain nombre d'années, dans une maison dont l'acquisition rappelle toute une odyssée, un industriel qui, comme tant d'autres, spécule sur la bêtise humaine. L'énumération de ses titres et qualités occuperait, sans exagérer, presque une colonne du *Concours médical*. Après avoir été aumônier d'armée, et aumônier d'hospice, ce citoyen, qui est ou passe pour être décoré de la légion d'honneur, devint humble curé de campagne. Quand on parle de lui dans telle ou telle commune qu'il a habitée, vous voyez les gens sourire d'un air malin et dire : « L'abbé K ! oui, connu ! il a quitté la soutane. » Au fait, l'ancien aumônier d'armée a une préférence marquée, sinon obligatoire, pour le costume laïque, et, dans les loisirs d'une retraite bien méritée, si on en croit ses prospectus, le saint homme cherche à oublier les tracasseries que lui fit subir jadis (les mauvaises langues l'affirment) le parquet de Paris et les démêlés qu'il eut autrefois avec l'archevêque de son diocèse, toujours au dire des mauvaises langues. Après avoir pansé, en sa jeunesse, les plaies morales de l'humanité, il a compris qu'il devait consacrer ses vieux jours à soulager les souffrances physiques de ses semblables.

Il possède toute une matière médicale : *Toile souveraine des anciens moines* ; *Poudre admirable de M.* de Prognier ; *billes* Geri de Poren ; *fameux contre-coup du baron de Malter*, et il en use et abuse pour guérir toutes les maladies. C'est lui-même qui nous indique dans son boniment la manière de s'en servir. L'observation la plus intéressante est assurément celle qui se rapporte à une jeune fille qui fut servante chez notre honorable confrère, le Dr G. dont nous avons parlé plus haut et qui fut guérie par l'abbé K... (un point d'exclamation et un sourire cueillis à ce propos dans une conversation avec des personnes connaissant très bien la jeune fille en question.)

Marie P... est une belle jeune fille qui faisait, dit-on, l'admiration de la garnison tout entière de N.., cavalerie et infanterie comprises, quand elle sortait en tablier blanc, faire une promenade sur les allées et dans les jardins de la ville. Mais la pau-

vrette vit un jour sa santé chanceler. « *Les mois étaient complètement supprimés* et l'urine ne pouvait être évacuée qu'au moyen de la sonde ! Il semblait que le bassin tout entier fût paralysé. »... C'est l'abbé R., qui nous l'affirme. Or la médecine ordinaire, la médecine honnête paraissant impuissante, mademoiselle F. s'adresse à l'abbé K...

L'abbé K. fit couvrir les reins et le ventre, depuis *le plus bas* jusqu'au-dessus du creux de l'estomac, avec sa toile souveraine. En outre il fit introduire dans le rectum deux billes *Géri de Poren* et une dans le vagin, et cela chaque jour matin et soir.

Néanmoins « la vessie restait inerte, les règles continuaient à ne pas reparaître ; la malade enflait »... Alors à la toile souveraine et aux fameuses billes introduites matin et soir *par derrière et par devant*, on ajouta le fameux contre-coup du baron de Malter... Et la malade n'enfla plus et les urines furent évacuées librement ! ! et les mois reparurent en leur temps ! ! ! Et mademoiselle Marie P... reprit sa fraîcheur première, ses forces et sa gaîté. Ce dont nous la félicitons sincèrement, la bonne fille admirée des troupiers.

Les autres cas relatés dans les prospectus de l'abbé K... ressemblent à celui-ci, sous bien des rapports, et ne sortent pas du cadre ordinaire des pratiques d'exercice illégal plus ou moins connues. On était à se demander ce qu'on pourrait bien faire et chacun disait son mot lorsque un des confrères présents proposa de demander des renseignements plus complets à M. B., pharmacien, qui avait un dépôt des produits de l'abbé K. Il partit donc et nous étions à deviser sur le résultat probable de sa démarche lorsqu'il nous revint escorté, non seulement de M. B., mais encore de M. S., autre pharmacien, et de M. C., ex-associé de l'abbé K... qui, tous, avaient à se plaindre des procédés employés à leur égard par leur ci-devant complice.

Les pharmaciens qui avaient eu ou cru avoir, un instant, chacun de leur côté, le monopole de la vente des produits *très rémunérateurs* de l'abbé K..., étaient furieux de la publication qui venait de paraître, « AVIS TRÈS IMPORTANT DANS L'INTÉRÊT DE NOS CLIENTS, OBSERVATION ESSENTIELLE » où l'abbé K... s'exprime en ces termes : « *Nous n'avons pas de dépositaire particulièrement accrédité, puisque rien ne sort de notre maison que contre argent comptant.* » — Quant à M. C..., ancien capitaine de gendarmerie en retraite, chevalier de la Légion d'honneur, il était furieux d'avoir été..... roulé par un habile coquin.

A un moment où il était menacé de poursuites, l'abbé K... s'était adressé au pharmacien B.., qui avait consenti à le couvrir de son nom pour le mettre à couvert de toute responsabilité. L'abbé lui devait quelques égards et B ... n'était pas content de lui, — cela se comprend.

Mais le morceau choisi, le morceau *friand*, comme on dit, c'est l'exposé que voulut bien faire le capitaine d'une situation où, à travers des réticences ... obligatoires, on devinait aisément les mobiles du malin abbé.

Je venais d'avoir ma retraite, nous dit le capitaine C..., et je désirais utiliser les loisirs qui m'étaient faits pour augmenter un peu mes ressources. Je me mis en quête, et un jour je reçus une lettre de l'abbé K... J'allai le voir ; nous causâmes longuement, et j'avoue que je me sentis gagné par ses paroles doucereuses, et son apparente bonhomie. Je suis vieux, me dit-il, et je sens bien qu'il n'y a plus pour moi, que peu de temps à vivre. Cependant je possède un secret précieux pour le soulagement des souffrances de l'humanité et il serait vraiment dommage que ce secret fût emporté dans la tombe avec moi. Je veux vous en faire le dépositaire, afin qu'après ma mort il y ait un homme de bien qui puisse continuer mon œuvre. »

— Mais vous avez une famille, répondis-je, et je ne voudrais pour rien au monde, passer aux yeux du public, pour avoir cherché à la supplanter. Il est trop naturel que vous vous adressiez de préférence à quelqu'un des vôtres. Et, d'un autre côté, je ne sais pas jusqu'à quel point vous pouvez bien être à l'abri des poursuites de la justice. Pour moi, je désire n'avoir jamais aucun démêlé avec elle.

— Vos objections sont plus spécieuses que solides, répartit l'abbé. Vous n'avez aucune crainte à concevoir. Du côté de la justice, je suis en règle. Je suis autorisé, dans l'intérêt de l'humanité, à préparer tous mes remèdes. J'ai des protecteurs même parmi les membres du gouvernement, et je suis au-dessus de toute poursuite. Quant à ma famille, vos scrupules vous honorent ; mais ma détermination est bien prise et irrévocablement prise, aucun de ses membres n'aura jamais mon secret.

Je demandai à réfléchir ; mais l'abbé insista, prétendant qu'il sentait sa fin prochaine et qu'il n'y avait pas de temps à perdre.

Je me laissai entraîner et j'acceptai. Il fallait venir tout de suite. Voici quelles étaient nos conditions :

1º Je ne devais voir personne dans la petite localité habitée par l'abbé.

2º Je devais faire toutes les préparations sur les indications qui me seraient fournies.

3º Je devais m'habituer à donner moi-même les consultations, — ce qui ne serait ni long, ni difficile, disait l'abbé. Mais je repoussai énergiquement cette clause, car je ne me sentais aucun goût pour l'exercice illégal de la médecine.

4º L'abbé devait passer un acte en vertu duquel il m'instituerait son légataire universel à charge par moi de faire à la vieille servante du curé une rente viagère de 400 francs.

En attendant le moment où ces clauses pourraient être insérées dans un acte authentique, elles furent consignées sur un papier qui me fut remis.

Pendant cinq ou six mois les choses allèrent bien et nous faisions bon ménage. L'abbé recevait les clients qui affluaient. Je préparais des drogues et des emplâtres qui se vendaient comme poudre. L'abbé recevait les visiteurs, les examinait comme aurait pu le faire un véritable médecin, les palpait, les touchait, les percutait, etc., puis écrivait au crayon, une ordonnance qu'il ne signait point. Mon tour d'opérer était venu : on me remettait le petit papier ; je délivrais les préparations prescrites et je palpais les espèces qui allaient engraisser la caisse commune.

Au reste, les commandes abondaient, grâce aux nombreuses réclames que je faisais et aux relations que m'avaient créées mes différentes situations comme officier de gendarmerie. Toutes dépenses payées, nous partagions en moyenne, deux cents francs par jour. Comme les affaires prospéraient, je manifestai le désir d'avoir un caissier. Mais l'abbé refusa. Pas d'intrus chez nous : chacun aura une clef de la caisse et puisera pour les besoins communs. Le reste se partagera.

Mais un moment vint où, comme toutes choses, cette belle entente devait avoir une fin. L'abbé, qui

malgré ses promesses d'en finir bientôt avec l'existence, continuait à vivre et à se bien porter, m'avait bien remis certaines formules et le fameux papier où nos conventions étaient écrites. Un jour, en mon absence, il vint chez moi où il ne trouva que Mme C. — Après quelques instants de conversation, il lui demanda de lui remettre la convention sous prétexte de la transcrire sur papier timbré afin de pouvoir la soumettre à l'enregistrement et de lui donner le caractère d'authenticité qui lui faisait défaut et devait en assurer la valeur. Il demanda aussi le livre des recettes. Mme C, confiante et naïve, accorde tout ce que l'abbé demande. — Peut-on refuser quelque chose à un si brave homme?

Je réclamai à l'abbé et la pièce soustraite et le livre des recettes. De ce dernier, il avait profité pour traiter avec un pharmacien de Paris de la cession de ses produits en se basant sur les ventes effectuées pendant les deux mois les plus favorables. Quant à la convention, il la garda en me répétant que je n'avais rien à craindre, qu'il arrangerait tout cela. Je prenais patience, en effet; mais comme sœur Anne, je ne voyais rien venir.

Enfin, sentant sans doute que ma patience était à bout, il me porta, un jour que je partais pour aller à N. un papier timbré qui devait être enregistré et me donner toute satisfaction. Mais jugez de ma déconvenue. C'était une procuration pour ouvrir, *après sa mort*, toute correspondance ! J'étais mystifié et.... pas content.

Pendant mon absence, l'abbé allait trouver Mme C., et lui faisait, pour le soumettre à ma signature, un papier dans lequel il était écrit que je me chargeais de fournir à la servante de l'abbé une rente de 600 francs après le décès de celui-ci. Je refusai et déclarai que je ne signerais que contre remise du pli sous-seing privé qui avait été soustrait et que je n'avais pas reçu.

Quelques jours plus tard, l'abbé proposait à Mme C. la vente de son mobilier moyennant la somme de 2,000 fr.

Les rapports entre nous étaient tellement tendus que nous n'avions plus de relations et que tout se négociait par l'intermédiaire de Mme C. Cette proposition fut écartée.

Je voyais enfin clair dans le jeu de l'abbé. Je comprenais qu'après avoir usé de moi pour étendre le cercle de ses relations, il voulait encore en abuser pour faire servir une rente à sa bonne et se débarrasser des vieilleries qui le gênaient dans son appartement. Je demandai des explications. L'abbé trouva mes exigences extraordinaires et se renferma dans des formules vagues qui ne pouvaient me satisfaire.

Je me promis d'en finir une bonne fois et, quelques instants après, je revenais avec deux témoins dire son fait à K. et lui remettre les clefs de la caisse.

Vous savez le reste : J'ai fait annoncer dans les journaux que tout était fini entre nous. De son côté, l'abbé a fait imprimer un « *avis très important dans l'intérêt de nos clients* » où il fait savoir *urbi et orbi* que M. C. « dont nous aurions « voulu, à force de soins et de dévouement faire « notre successeur après notre décès, et dont nous « sommes aujourd'hui séparé, n'a plus aucun titre ni « qualités quelconques pour se présenter au public « en notre nom. »

Voilà les faits dans leur brutale vérité et, malgré certaines précautions de forme, dans tout leur cynisme.

Un pharmacien consent à prêter son nom pour éviter des poursuites à un personnage qui pratique ostensiblement l'exercice illégal de la médecine et celui de la pharmacie. Et, trompé dans ses espérances, et peut-être dans les promesses qu'il a reçues, il vient nous faire les confidents de sa mauvaise action ! Un autre, également déçu, vient se joindre à lui ! Au moment où ils sont invités à nous donner des renseignements, ils se concertaient pour aller déposer une plainte collective au parquet contre leur ancien complice ! Mais n'ont-il plus de sens moral, ces gens qui ont avili leur profession au point de se faire les agents d'un industriel sans pudeur? Ne savent-ils pas qu'en mettant en vente des remèdes secrets, ils tombent directement sous l'application de la loi pénale ? Ou bien comptent-ils sur l'indulgence complète, absolue du parquet et sur l'indifférence de leurs confrères pour les protéger ?

Et quels remèdes, savez-vous ? Le cynisme du fabricant est poussé si loin que, sur un rouleau d'emplâtre qui nous est présenté, on lit : « *l'abbé K.... Breveté S. G. D. G.* », comme si un médicament pouvait être breveté ! Cherchez bien, et dans ces billes *Géri de Poren*, comme dans la poudre de M. *de Prognier*, vous trouverez le nom vrai de ce peu intéressant personnage dont les deux dénominations indiquées ne sont que l'anagramme. *On ne saurait plus odieusement user de la crédulité publique et de l'aveuglement des imbéciles.*

Quant au Capitaine C. dont nous avons reproduit la déposition aussi fidèlement que possible, d'après les notes que nous avons prises en séance, nous ne savons trop s'il est à blâmer ou à plaindre.

Dans tous les cas, une lettre de dénonciation contre l'abbé K. a été signée, séance tenante, par les membres présents et sera soumise à la signature des autres médecins de la région. Elle constate que M. C. et les deux pharmaciens ont autorisé les membres du syndicat à les désigner à M. le Procureur de la République comme pouvant donner des renseignements précis sur le compte de l'abbé K.

Je vous tiendrai au courant de ce qui se passera ultérieurement.

Quand je vous disais que les absents avaient eu tort...

Pour copie Conforme,
D. Ad. Barat-Dulaurier.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Poirson, à Izeaux (Isère), présenté par le docteur Monin, de Paris.

M. le Dr Ardilouze, à Château-Landon (Seine-et-Marne), présenté par le docteur Prima, d'Egreville.

NOUVELLES

Cours d'hydrologie médicale (Hôpital de la Pitié)

Leçons sur les Eaux minérales naturelles et les Stations thermales de France

M. le Dr Victor Audhoui, médecin des Hôpitaux et du Ministère des Affaires étrangères, reprendra ses leçons sur les *Eaux minérales naturelles et les Stations thermales de France*, le mercredi, 9 mars 1887, à 10 heures, et les continuera les mercredis suivants à la même heure, à l'amphithéâtre n° 3 — Le cours sera complet en huit leçons.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

Faible valeur de l'âge en séméiologie. Rougeole à 57 ans. Fièvre typhoïde à 8 et 18 mois.

A une certaine époque on considérait l'âge comme étant un élément de quelque importance au point de vue du diagnostic de certaines maladies. On regardait les cancers comme l'apanage presque exclusif de la seconde moitié de la vie, qui, en revanche, n'avait guère à redouter les fièvres éruptives : on disait la fièvre typhoïde exceptionnelle aux deux extrêmes de la vie. Aujourd'hui il n'y a plus guère lieu de s'attacher à ces croyances. Il n'est pas extraordinaire de rencontrer des épithéliomas de l'estomac et de l'utérus chez des sujets de 30 ans et des sarcômes dans l'enfance.

Nous venons de relater à la Société clinique de Paris (1) un cas de rougeole chez un homme de 57 ans, atteint d'emphysème et de bronchite chronique; chez lui l'existence habituelle de la toux rendait moins utile au point de vue du diagnostic le catarrhe initial des voies aériennes. Le diagnostic était encore embarrassé, au début des premières rougeurs de la face, par la notion du contact qu'avait eu le malade, une dizaine de jours auparavant, avec une personne atteinte de variole. L'exanthème rubéolique évolua normalement ; mais, comme il était naturel de s'y attendre, le malade, dont l'appareil respiratoire était depuis longtemps malade, fut en grand danger par suite de l'intensité de l'enanthème bronchique et de la congestion pulmonaire. Il guérit néanmoins.

Dans le service de la Clinique des Enfants Malades, un enfant de huit mois qui était entré pour une paralysie infantile, et qui avait contracté une varicelle à l'hôpital, fut pris quelque temps après d'accidents gastro-intestinaux, avec fièvre irrégulière oscillant entre 38° et 39°, météorisme abdominal, abattement croissant. Trois taches rosées lenticulaires permirent de faire le diagnostic de dothiénenthérie. L'enfant ayant succombé, on trouva, en effet, dix à douze plaques de Peyer tuméfiées et infiltrées, trois ou quatre pleinement ulcérées, des ganglions mésentériques volumineux et ramollis.

Presque en même temps nous observions en ville un enfant de dix-huit mois qui, après quelques jours de malaise, d'amaigrissement et d'anorexie, fut pris de diarrhée jaune et fétide, d'une fièvre dont la courbe et la durée furent celles de la dothiénenthérie, avec sécheresse de la langue et stupeur : à la fin de la première semaine apparaissaient plusieurs taches rosées. L'enfant était guéri au bout de 20 jours. Ces deux enfants prenaient, le plus jeune exclusivement et l'autre presque uniquement, du lait pour nourriture ; il est donc probable que les microbes de la dothiénentérie leur sont arrivés à la faveur de l'eau, dont le lait était adultéré.

(1) 24 février 1887.

Les traitements des agrégés des Facultés de médecine.

Nous avons déjà dit combien l'économie que le décret du 30 juillet 1886 avait réalisée sur les traitements des agrégés, était regrettable et injuste. Nous nous sommes fait l'écho des protestations légitimes des intéressés. Au cours de la discussion du budget, M. Dupré, sénateur, ancien professeur de la Faculté de Montpellier, a demandé qu'on continuât aux agrégés le traitement complémentaire qu'ils touchaient auparavant pour les conférences qu'on les oblige à faire.

On n'a pas oublié sur quelle argutie s'appuyait

le décret du 30 juillet : les agrégés, jusque-là chargés de *cours supplémentaires* et rétribués, étaient désormais chargés de faire des *conférences complémentaires* gratuites. La distinction est subtile, les agrégés ne devant pas se donner moins de mal et perdre moins de temps pour faire des conférences complémentaires que pour des cours supplémentaires ; elle a cependant été maintenue par le gouvernement. L'amendement de M. Dupré n'a pas été pris en considération.

Les agrégés ne toucheront désormais que 4,000 francs à Paris et 3,000 francs en province, appointements vraiment disproportionnés avec la somme de temps qu'on leur prend pour faire passer les examens, préparer et faire les conférences. C'est ce qu'a fait ressortir M. le professeur et sénateur Cornil qui a montré éloquemment que, pour maintenir notre enseignement supérieur à la hauteur de celui de l'étranger, il ne suffit pas de dépenser de l'argent en bâtiments, mais qu'il faut rémunérer suffisamment le personnel enseignant.

De l'analgésie hypnotique pendant l'accouchement.

M. *Dumontpallier* a fait connaître à la Société de biologie (1) les résultats de l'hypnotisme expérimental chez une femme en travail.

La jeune femme avait 24 ans et était primipare. Elle était hypnotisable et M. Dumontpallier commença vers le 6e mois de la grossesse à déterminer de temps en temps le somnambulisme, afin de produire un entraînement qui devait rendre plus facile l'hypnotisation pendant l'accouchement.

(1) 23 février 1887.

Pendant la première période de l'accouchement, l'état somnambulique déterminé par pression sur le vertex, a pu déterminer une analgésie complète ; pendant la seconde, l'analgésie complète n'a été qu'intermittente ; elle cessait d'exister lorsque survenaient de très violentes contractions utérines.

Mais, dans la troisième période du travail, lors des fortes pressions de la tête sur le périnée et de l'engagement de l'occiput sous l'arcade pubienne, l'hypnotisation a été impossible chez cette jeune femme.

« Toutefois, ajoute M. Dumontpallier, une observation rapportée par le docteur Pritzl, assistant de Karl Braun, à Vienne, permet de penser que, dans l'état léthargique, la femme peut accoucher sans avoir conscience de l'accouchement.

Il importe donc de ne pas s'en tenir à la période somnambulique, mais de produire l'état léthargique, pour obtenir l'analgésie absolue, surtout à la fin du travail de l'accouchement.

Dans cette dernière phase de l'hypnotisme, la femme peut accoucher sans avoir conscience de la naissance de son enfant, et si elle a souffert, sans crier, pendant le travail, elle n'a pas conservé le souvenir de la douleur, une fois réveillée.

Dans l'état somnambulique, la femme en travail conserve sa conscience, elle cause avec les personnes qui l'assistent, elle mesure la durée et la force des contractions utérines, elle se rend parfaitement compte de la marche du travail et elle ne souffre pas. »

Traitement du diabète par l'eau lithinée arsenicale.

M. *Martineau* a fait connaître à la Société de

FEUILLETON

Enquête sur l'Exercice illégal,

Par M. le Dr Ordonneau.

Le malade est atteint de fièvre typhoïde et ne guérit pas, mais la confiance qu'on vous témoigné ne vous a pas failli jusqu'ici. Un jour votre arrivée ne provoque plus les mêmes attentions ; on oublie de vous offrir la chaise de rigueur ; on répond avec indifférence à vos questions et le malade lui-même est muet : c'est une entente pour ne rien dire. Qu'est-il arrivé ? Quelque chose de bien ordinaire : le sorcier a passé par là.

Certainement la chose est commune, mais que de faits semblables se répètent tous les jours ?

Hier c'était le sorcier ; aujourd'hui c'est le rebouteur qui vient à votre porte réduire des luxations ou des fractures chez des clients qui vous doivent tout. Faut-il s'en plaindre publiquement ? A quoi bon ? Ce sont les mœurs. Il faut bien s'y soumettre.

La bonne sœur d'à côté fait, elle aussi, de la médecine, et quelle médecine ? Les potions au perchlorure de fer dans un excipient gommeux, les solutions de chlorate de potasse à prendre par cuillerées à soupe *ad libitum*, sont la base de sa célébrité. Le commerce des vésicatoires, du sulfate de soude et de la quinine n'a plus pour elle aucun secret, et la communauté se rattrape ainsi des pertes que lui cause la gratuité par les bénéfices que lui permet l'indifférence de la partie en matière d'exercice illégal. Mais comment pourrait-on émettre des soupçons sur le mobile de leur petit commerce ? Cette rétribution qui leur est accordée, n'est-ce pas une offrande au bon Dieu ? Allez-vous d'ailleurs entrer en lutte avec tous ceux qui s'intéressent au sort des malheureux?

Cependant les sorciers pullulent autour de vous ; ils sont universellement connus et courus. Voyez-les aux principales foires du canton, dans les auberges où ils descendent avec cheval et voiture, et où ils ont une chambre réservée et des clients qui les attendent. Ils examinent les urines et ils déclarent y apercevoir quelque chose! On les croit, on les paye, et on y revient. Il vaut mieux en rire qu'en pleurer, soit. Mais pourquoi s'en désintéresser? Les pharmaciens, plus intelligents que nous, ne s'en moquent pas, car ils savent pertinemment ce qu'avec leur appui ils vendent de spécialités vieillies et de vin de quinquina à 6 fr. le litre.

Monsieur le Curé fait aussi un peu de médecine ; mais il ne consulte que les femmes et les jeunes filles ; il les connaît si intimement ! Son caractère du reste, le lui permet et sa mission, toute de cha-

thérapeutique (1) qu'il avait eu la bonne fortune d'obtenir 67 guérisons définitives sur 70 diabétiques arthritiques, par le procédé suivant, qui lui a été suggéré par le professeur Rouget. Ce procédé consiste à mettre dans le globe supérieur d'un appareil à eau de Seltz de la capacité d'un litre environ :

1° un paquet contenant 0,20 centigrammes de carbonate de lithine ;

2° une cuillerée à bouche de la solution suivante : eau distillée 500 grammes, arseniate de soude, 0,20 centigrammes.

Cette eau est bue pendant les repas, mélangée au vin. Le contenu de l'appareil doit faire trois repas au moins.

Le régime n'est pas modifié ou ne comporte qu'une certaine réserve sur les féculents, les fruits et le sucre. Lorsque le diabète est traité isolement, soit par la lithine, soit par l'arsenic, le résultat n'est plus le même.

M. *Dujardin-Beaumetz* a exprimé son étonnement de la communication de M. Martineau. Tous les médecins ont prescrit de la lithine et de l'arsenic sans obtenir rien de semblable. Il se peut que M. Martineau soit tombé sur une série de glycosuriques alimentaires et non sur de vrais diabétiques.

Traitement de la coqueluche par les pulvérisations d'eau phéniquée (2).

M. Goldschmidt (de Strasbourg) fait pulvériser une solution d'acide phénique (4 à 5 %), au moyen d'un petit pulvérisateur Richardson, qu'on promène dans la chambre, tout en le maintenant en fonction. Le jet du pulvérisateur est dirigé de tous côtés, sur les tentures et les objets de literie. L'opération est renouvelée toutes les deux ou trois heures et l'on pulvérise à chaque fois la valeur de 40 à 60 grammes de la solution, suivant la grandeur de la pièce. Il faut qu'en y pénétrant du dehors on sente une forte odeur d'acide phénique. C'est à la condition de tenir les sujets dans une atmosphère chargée en permanence de molécules d'acide phénique, que M. Goldschmidt a obtenu, depuis douze ans, « des résultats parfois étonnants, satisfaisants toujours ». — Une centaine d'enfants ont été traités de cette façon et l'extrême simplicité du procédé doit le faire essayer.

(1) 23 février 1887.
(2) Société de thérapeutique, 23 février.

De la mort subite dans la pleurésie (1).

Voici les conclusions d'un travail fort bien fait de M. le Dr Ed. Weill, médecin des hôpitaux et agrégé de la Faculté de Lyon, sur ce sujet qui a donné lieu à plusieurs études dans le *Concours médical* :

La mort subite dans la pleurésie paraît conjuguée à certaines lésions, dont les principales sont : les thromboses ou les embolies du cœur et de l'artère pulmonaire, l'œdème du poumon du côté opposé à la pleurésie, les altérations du myocarde ; ces dernières échappent souvent, car elles exigent le concours du microscope.

Les cas de mort subite attribués à de simples troubles fonctionnels comme la syncope grave, à des troubles mécaniques comme la déviation du cœur, la torsion des vaisseaux, la courbure à angle droit de la veine cave ascendante, à des lésions hypothé-

(1) *Revue de médecine*, 1887.

---

rité, lui en fait presqu'un devoir. Inutile d'insister, n'est-ce pas ?

Puis, c'est la dame du château qui a des eaux pour la vue. Quand on a été élevé sur les genoux de l'Église, on se rappelle l'histoire de Tobie, et on admet facilement qu'il puisse y avoir des remèdes secrets en dehors des prescriptions officielles de la Faculté. On ne demande pas mieux que de croire au don spécial de la dame du château. Mais celle-ci ne s'en tient pas, hélas ! aux maladies de la vue ! Essayez un peu de combattre la châtelaine !

Enfin, un jeune pharmacien est arrivé dans vos parages ; il a monté un magasin où l'épicerie fine est associé aux produits mystérieux et sacrés de la médecine galénique. Croyez-vous que dans cette mêlée de tous les intérêts il ne revendiquera pas ses droits !

La première proposition qui vous sera faite sera une remise de tant pour cent sur le montant annuel de vos futures ordonnances. Cette association singulière (qui démontre l'inutilité de deux personnes pour soigner un seul malade) a trouvé un nom à notre époque. Refusez et dès demain notre homme revendiquera sa *liberté commerciale*, et livrera ses produits *sous sa responsabilité*.

Dans une semblable situation, si vous n'avez pas trouvé plusieurs mille livres de rentes dans votre berceau, ou dans votre corbeille de mariage, et si vous manquez de décision et d'opiniâtreté, votre sort est irrémédiablement fixé.

On était arrivé des Facultés avec des idées de franchise et de dignité dont chacun vous avait félicité, et il se trouve qu'elles sont absolument dangereuses à mettre en pratique ! On voudrait obéir aux traditions de la profession, être sincère, honnête, et désintéressé, et l'obligation du combat pour la vie vous force à employer, malgré vous, les procédés de la rivalité confraternelle courante. Les vieux médecins montrent le chemin aux jeunes, et ceux-ci emboîtent le pas. Comment lutter autrement contre des réputations établies depuis 20 et 40 ans, et fondées sur la connaissance intime du paysan ? On observe donc l'ancien, on prend des leçons à son école, et on délaisse les prescriptions trop sévères de la déontologie pour apprendre les ruses du contrebandier.

Heureux encore si vos idées généreuses n'ont pas été exploitées par un parti, et si vous ne vous êtes pas fait, dès les premières années, des amis qui vous abandonneront aux premiers mauvais jours, et des détracteurs intéressés qui ne vous lâcheront jamais !

Il ne faut pas espérer, par contre, qu'on aura avec quelques-uns de ses confrères cette paix si nécessaire que nous recherchons avec tant d'ardeur depuis quelques années, car le terrain livré à l'anarchie confraternelle est encore bien vaste.

(*A suivre*).

tiques comme les embolies capillaires du cerveau, doivent être provisoirement réservés.

La mort subite survient dans les pleurésies les plus diverses, les pleurésies droites autant et plus souvent que les gauches, les pleurésies aiguës ou chroniques, à épanchement progressif, stationnaire, ou en retrait. Généralement, le liquide est séreux.

Les pleurésies qui se terminent par la mort subite s'accompagnent ou non de symptômes particuliers, tels que accès de dyspnée, syncope prémonitoire, pouls irrégulier, déviation cardiaque. Souvent, la mort survient au milieu des apparences les plus satisfaisantes. Elle se produit généralement à l'occasion d'un mouvement ou d'un effort.

Le traitement, impuissant lorsqu'il s'agit de lésions du myocarde ou de thromboses des veines périphériques, a, au contraire, une action préventive efficace lorsqu'on a affaire aux observations d'une autre catégorie. Ce traitement prophylactique, c'est la thoracentèse.

Elle sera indiquée dans certains faits par les symptômes menaçants signalés ci-dessus, dans les autres faits par l'élévation de la pression intra-pleurale. Elle pourra s'appliquer aux cas chroniques comme aux cas aigus.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 mars.

L'Académie avait désigné l'année dernière une commission devant laquelle M. Béchamp et M. Pasteur devaient répéter contradictoirement certaines expériences, dont il avait été question dans la discussion sur les microzymas. Jusqu'à ce jour M. Béchamp s'était trouvé empêché de se présenter devant la commission. Il avertit aujourd'hui le président qu'il est à sa disposition. Mais, comme rien ne peut être fait en l'absence de M. Pasteur, la commission attendra le retour prochain de celui-ci pour convoquer les deux adversaires.

Le choléra chez les femmes grosses.

M. *Queyrel* (de Marseille) adressait l'année dernière à l'Académie un travail basé sur 67 observations, dont 35 personnelles, de choléra chez des femmes enceintes. M. Charpentier, chargé de faire un rapport sur ce travail, le lit. Il y a eu sur ces 67 cas 39 morts et 28 guérisons. 29 fois il y a eu avortement ou accouchement prématuré, et dans ces cas 20 femmes sont mortes. Sur les 38 cas où la grossesse n'a pas été interrompue il y a eu 19 morts. Donc la mortalité, qui a été de 66 0/0 environ en cas d'avortement ou d'accouchement prématuré, n'a été que de 50 0/0, quand la grossesse a continué son cours. Ainsi se trouvent confirmées les observations antérieures de Bouchut, Hennig, Drasche relativement à la gravité du choléra chez les femmes enceintes et la fréquence de l'interruption de la grossesse.

L'interruption de la grossesse est d'autant plus probable que celle-ci est plus avancée. L'avortement se fait généralement au deuxième jour de l'attaque cholérique.

Les facteurs qui, à des degrés différents, contribuent à provoquer l'avortement sont : l'action réflexe, les crampes utérines qui se produiraient au même titre que les crampes des membres, la toxémie, les troubles de circulation fœto-placentaire.

Jugulation de la fièvre typhoïde.

M. *Pécholier* (de Montpellier) a envoyé il y a quelques mois, un mémoire sur un procédé thérapeutique, grâce auquel il pensait pouvoir abréger considérablement la fièvre typhoïde : quinine, digitale, bains tièdes. M. Dujardin-Beaumetz a été chargé de lire un rapport sur ce mémoire. Le rapporteur rappelle les nombreuses médications tour à tour préconisées comme abortives par leurs inventeurs : saignées répétées (Bouillaud), saignées et eau intus et extra (Leroy, de Béthune), bains froids (Brand), calomel (Liebermeister), calomel, iodoforme et bains tièdes (Bouchard), etc.

La méthode de M. Pécholier comprend : 1 gr. à 1 gr. 20 de quinine chaque jour, la digitale en poudre et à dose quotidienne de 0 gr. 20 centig. pendant le premier septenaire, trois fois par jour un bain de 15 à 20 minutes à 33°. Sur 67 cas traités ainsi en 4 ans, M. Pécholier n'a pas eu un décès. Il déclare que la condition de réussite est de commencer le traitement dès qu'on peut *soupçonner* l'invasion de la fièvre typhoïde. Mieux vaut, pense-t-il, traiter ainsi de simples embarras gastriques fébriles que de manquer à traiter une fièvre typhoïde. Cela n'a évidemment pas d'inconvénients pour le malade, mais cela empêche d'accorder aucune confiance en la statistique.

Il est à craindre que M. Pécholier n'ait joui d'une série exceptionnellement heureuse et qu'un de ces jours une épidémie meurtrière ne vienne gâter sa statistique.

Le rapporteur pense que, si l'on est en droit d'espérer trouver un jour le traitement abortif de la dothiénentérie, ce n'est pas par voie médicamenteuse ; lorsqu'on connaîtra parfaitement le mode de développement et de culture du bacille typhogène, on pourra peut-être l'atténuer et par suite inoculer des formes atténuées de la maladie.

Le surmenage intellectuel et la sédentarité dans les écoles.

M. *Lagneau*, continuant ses recherches sur l'influence nocive de nos modes d'éducation sur le développement physique de nos jeunes gens, prouve, par la statistique, que l'aptitude au service militaire est moindre chez les jeunes gens pourvus des baccalauréats que chez les jeunes gens en général. Tandis que sur 1,000 jeunes gens en général, 540 sont admis dans l'armée, soit dans le service actif, soit dans le service auxiliaire, et 460 sont exemptés dispensés ou ajournés ; sur 1,000 jeunes gens ayant passé des baccalauréats, 423 sont admis dans l'armée, soit comme engagés conditionnels, soit comme propres aux services actif et auxiliaire, et 575 sont exemptés, dispensés ou ajournés.

Quoique cette proportion soit moins fâcheuse que celle de huit cents exemptés sur mille, constatée en Prusse par M. de Finkelsburg sur les jeunes gens instruits se présentant au volontariat, on voit cependant que les hommes reconnus impropres à servir dans l'armée sont d'un quart plus nombreux parmi nos jeunes compatriotes instruits que parmi nos jeunes gens en général.

Pour parler de nos écoles supérieures, suivant un

ancien directeur de l'Ecole polytechnique, les maladies dues à l'excès de travail empêchent parfois les élèves de passer leurs examens.

Selon M. E. Martin, ancien médecin de cette école, beaucoup de ces laborieux jeunes gens mouraient de 25 à 35 ans, particulièrement de phthisie, contractée lors de la préparation des concours d'admission.

M. Beard, des Etats-Unis, M. Charcot, M. Henrot ont insisté sur la fréquence de la neurasthénie, de l'épuisement nerveux, du ramollissement cérébral précoce, de la phthisie chez les plus brillants élèves de nos écoles, qui, malgré leurs succès, trop souvent, dans la suite, sont loin de se montrer supérieurs à leurs anciens condiciples.

Des lois, des inspections s'opposent au travail excessif des enfants, des jeunes filles employés dans l'industrie, remarque M. Cottinet, l'organisateur en France des colonies de vacances pour les enfants débiles. Au contraire, dans les conseils académiques, on tend de plus en plus à accroître les programmes d'examen ; dans les lycées on surexcite l'émulation des élèves, on stimule de plus en plus leur ardeur, on les maintient dans un état permanent de contention intellectuelle et d'inertie corporelle.

Nos modes d'instruction prématurés, excessifs, nos examens encyclopédiques, aléatoires, exigeant une vie sédentaire et un surmenage intellectuel antiphysiologiques, sont également funestes à l'intelligence, écrasée par un travail trop souvent stérile, et au corps trop souvent arrêté dans son évolution et sa croissance normales.

Ainsi que le demandaient récemment à la Chambre des députés MM. Freppel, Javal, Millerand, de Lanjuinais, ainsi que le disait lui-même M. Berthelot, ministre de l'instruction publique, les réformes sont urgentes.

L'instruction militaire préparatoire que le projet de M. le général Boulanger exige dès l'âge de 17 ans, en motivant quotidiennement des exercices, marches, manœuvres militaires, pourra peut-être prévenir la sédentarité et le surmenage intellectuel dans les établissements d'enseignement public.

M. *Dujardin-Beaumetz* signale le même danger dans les écoles normales primaires de jeunes filles, où ces malheureuses sont astreintes à 10 ou 12 heures de travail intellectuel tous les jours, les travaux de ménage et de couture étant de plus en plus abandonnés : Le nombre croissant des concurrentes pousse l'émulation à l'extrême. Plus de 12,000 jeunes filles en France briguent leurs diplômes, *dont 4,000 à Paris, où il n'y a pas plus de 100 vacances par an* ! Et elles seront 15,000 l'année prochaine !!

Aussi voit-on augmenter, dans une proportion effrayante, chez ces pauvres jeunes filles, les troubles nerveux et gastriques ; et dans l'impossibilité où se trouvent la plupart d'entre elles, après l'obtention de leurs diplômes, d'obtenir un poste qui les fasse vivre, devenues inaptes aux professions manuelles, elles se trouvent inévitablement poussées à l'inconduite.

Sur la proposition de MM. Javal et Larrey, l'Académie décide que cette question importante sera mise à l'ordre du jour de ses discussions et qu'une commission sera nommée pour présenter des conclusions qui servent de base à cette discussion.

M. *Doyen* (de Reims) lit un mémoire sur *les microbes du pus et les septicémies*.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE
ET DE GYNÉCOLOGIE

I. — De la rétention du placenta dans l'avortement. — II. Causes de cette rétention. — III. Accidents qu'elle peut entraîner. — IV. Méthode d'expectation. — V. Méthode d'écouvillonnage de Doléris. — VI. Discussion de cette méthode. — VII. Conclusions.

I

Ecouvillonnerons-nous ? N'écouvillonnerons-nous pas ? Tel pourrait être le titre de cette revue sur un sujet qui soulève encore à l'heure actuelle les controverses les plus vives et sur lequel plusieurs travaux intéressants ont été publiés [Gerbaud (1), Doléris (2), Auvard (3), Budin (4)] dans le cours de l'année 1886.

Quelle est la meilleure conduite à tenir lorsqu'il y a rétention du placenta et des membranes dans l'avortement ? Une femme, enceinte de 2 à 5 mois, expulse son produit de conception : la délivrance tarde à se faire et ne se fait pas. Quelle doit être la conduite de l'accoucheur ?

Doit-il laisser les choses en l'état et se contenter d'avoir recours à une antisepsie minutieuse, prêt à parer aux complications qui peuvent survenir ? Est-il autorisé, par crainte de ces complications, à intervenir énergiquement, à débarrasser, coûte que coûte, l'utérus du placenta et de ses annexes ? Il y a là une question de pratique des plus importantes : la vie d'une femme, jeune souvent, mère ou appelée à le devenir, est en jeu.

Dans un judicieux article (5) sur la conduite à tenir en cas d'avortement, notre excellent ami P. Le Gendre discutait déjà, en 1883, la plupart des opinions qui ont été émises récemment, lorsqu'un accoucheur distingué des hôpitaux, M. Doléris a exposé son procédé d'*écouvillonnage* de l'utérus ; nous indiquerons, aussi brièvement que possible, en quoi consiste ce mode d'intervention, tout en insistant sur la pratique la plus commune en France, qui se résume dans l'*expectation armée d'antiseptiques* et de *patience* ; voyons auparavant pourquoi la rétention du placenta se produira volontiers dans l'avortement et quels seront les accidents à redouter ou à combattre.

II

Mauriceau avait eu recours à une poétique et assez juste comparaison pour expliquer la rétention du placenta avant terme : « Il en arrive de même, disait-il, qu'aux fruits qui se détachent d'eux-mêmes de l'arbre quand ils sont mûrs et qui au contraire en sont difficilement séparés lorsqu'ils sont encore verts ; c'est ce qui fait que la femme qui avorte est souvent bien plus difficilement délivrée que celle qui accouche à terme. »

Cette comparaison est d'autant plus vraie que nombre d'accoucheurs qui ne veulent à aucun prix laisser dans l'utérus partie ou totalité du placenta *à terme*, n'interviennent pas lorsqu'il s'agit d'un

(1) Thèse d'agrégation 1886. J. B. Baillière, Paris.
(2) Doléris. Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie, 1886.
(3) *Gazette hebdomadaire*, novembre 1886.
(4) Communication à l'Académie de médecine. *Concours médical*, 1886.
(5) *Concours médical*, 17 novembre 1883.

avortement : le placenta à terme est caduc, il cesse d'avoir des connexions vasculaires avec l'utérus ; nombre d'observations prouvent au contraire que dans l'avortement, après l'expulsion du fœtus, le placenta peut continuer à être en connexion intime avec la muqueuse utérine.

Souvent la rétention n'a lieu que parce que l'œuf n'est pas arrivé à maturité ; la matrice n'a pas atteint son complet développement ; le muscle utérin est assez puissant pour expulser le fœtus, mais ses contractions ne sont pas assez efficaces pour décoller le délivre, pour lutter contre la rigidité et la longueur du col ; celui-ci a d'autant plus de tendance à se reformer qu'il n'a pas subi les modifications importantes du complet ramollissement qu'on observe à la fin de la grossesse ; il importe, en outre, de remarquer qu'en règle générale plus l'expulsion du fœtus sera brusque, plus la délivrance sera retardée : pour employer une expression vulgaire, mais qui se comprend bien, la porte (l'orifice utérin) se refermera d'autant plus vite qu'elle aura été moins longtemps et moins grandement ouverte. D'ailleurs, le volume du délivre étant proportionnellement plus grand que celui du fœtus, il ne pourra passer qu'au prix d'un déploiement de force considérable là où a passé facilement l'embryon.

Outre ces causes physiologiques, il en existe plusieurs autres, qui peuvent empêcher la délivrance à des titres variables : ce sont les anomalies du travail de l'accouchement (faiblesse des contractions utérines), déviation de l'axe de la matrice, contractions spasmodiques de la totalité ou d'une partie de l'utérus, rapidité du travail.

Les lésions de l'utérus (tumeurs fibreuses, cancer, etc.), les maladies de la caduque, les diverses altérations (fibreuses, graisseuses, kystiques), etc., du placenta sont autant de causes de rétention de l'arrière-faix.

La rétention d'urine suffira parfois pour gêner la contraction utérine ou l'engagement du délivre.

Enfin il est un ordre de causes qui ne devraient pas exister et qui proviennent de l'intervention maladroite de l'accoucheur. Citons la rupture artificielle des membranes qu'il faudrait laisser intactes pour aider la dilatation. L'administration du seigle ergoté n'a souvent d'autre résultat immédiat que d'enfermer plus énergiquement le placenta dans la cavité utérine. Ou bien l'accoucheur se hâte trop d'extraire le placenta qui n'est encore qu'en partie décollé : il s'expose ainsi à laisser une partie du gâteau placentaire ou une certaine quantité des membranes.

III

Lorsque la rétention est produite, les accidents peuvent être nuls, précoces ou tardifs : dans le premier cas, le placenta séjourne dans l'utérus sans grand inconvénient, pendant 8, 10, 15 jours, 1 mois ; la femme a repris ses occupations, tout à coup survient une hémorrhagie considérable accompagnée de douleurs expulsives : la délivrance n'a été que retardée.

L'hémorrhagie précoce peut être considérable : elle variera d'abondance suivant que le fœtus sera mort ou vivant, suivant que le placenta sera plus ou moins décollé ; toutefois, la vie de la femme est rarement compromise par l'abondance de l'écoulement sanguin. S'il faut redouter l'hémorrhagie qui se produit à la suite d'une délivrance incomplète dans un accouchement à terme, on doit être moins effrayé par une hémorrhagie de même abondance lorsqu'il s'agit d'un avortement.

Les hémorrhagies tardives secondaires sont plus graves parce qu'elles sont souvent liées à la septicémie qui peut survenir avec son cortège alarmant (frissons répétés, élévation de température, ballonnement du ventre).

De plus, l'état général peut se ressentir pendant longtemps du contre-coup de l'hémorrhagie et de l'empoisonnement septique. L'involution utérine se fait lentement ; une métrite chronique peut, pendant de longues années, rappeler à la malade le danger qu'elle a couru.

C'est même là une question très importante qu'il faudrait élucider : laissant de côté les résultats immédiats que donnent l'une ou l'autre méthode, on est loin d'être fixé sur les résultats éloignés. En d'autres termes, une femme est atteinte de rétention placentaire ; elle échappe à la mort ; son utérus reviendra-t-il plus ou moins vite *ad integrum*, suivant que l'on aura employé l'une ou l'autre des méthodes que nous allons maintenant exposer ?

IV

Un premier point sur lequel presque tous les accoucheurs s'entendent, c'est la *non intervention* pendant l'avortement, de manière à essayer d'éviter la rétention du placenta : si l'avortement ne peut être enrayé, l'accoucheur ne doit rien faire, il doit s'abstenir en général de tous les moyens dits ocytociques.

S'il ne survient aucun accident, on fera des injections vaginales ou seulement des toilettes vulvaires ; on aura soin de protéger la vulve contre l'introduction des germes du dehors, en la recouvrant d'un pansement antiseptique (compresse imbibée d'une solution phéniquée par exemple ou mieux ouate phéniquée, gaze iodoformée).

En cas d'hémorrhagie, les injections chaudes de 48 à 50° suffiront généralement ; il faut restreindre de plus en plus l'emploi du tampon. Il ne serait appliqué que lorsque les irrigations intra-utérines chaudes seraient impuissantes : elles ont généralement un effet certain, provoquant pour ainsi dire un second travail en réveillant la contractilité utérine et en amenant le décollement et l'expulsion du placenta, source de tout le mal. Il nous a été donné de voir les résultats excellents de cette pratique dans le service de M. Pinard, qui est partisan convaincu de l'*expectation antiseptique*.

Si les lochies deviennent fétides, les injections intra-utérines antiseptiques seront le plus habituellement suffisantes ; si, malgré ces injections, des phénomènes septicémiques surviennent, l'*irrigation continue intra-utérine* rend les meilleurs services ; elle agit à la fois en luttant contre les phénomènes d'infection et en amenant l'expulsion des produits putréfiés.

Elle a les avantages des injections intra-utérines répétées sans en avoir les quelques inconvénients qui consistent dans les manœuvres répétées pour l'introduction de la canule.

Il faudra instituer en même temps un traitement général tonique et reconstituant, et dont le médicament actif, en cas de septicémie, sera le sulfate de quinine.

M. Budin a récemment publié à l'Académie les résultats du traitement suivi à la Maternité et à la Charité et qui consiste, sauf quelques nuances, dans l'expectation, telle que nous venons de l'indiquer ; sur 210 avortements s'accompagnant 46 fois de ré-

tention du placenta, il n'y a eu qu'un seul décès dont la cause ne paraît guère imputable à l'avortement.

Ces résultats sont excellents ; la méthode qui les fournit est à la portée de tous ; en est-il de même des procédés d'intervention *radicale*, très prônés en Allemagne, tels que le curage, le raclage, et du procédé introduit chez nous par M. Doléris sous le nom d'*écouvillonnage* ?

V

M. Doléris trouve que l'on est trop timide dans la question de l'avortement : dès qu'il juge que le placenta est définitivement retenu dans l'utérus, il extrait le *corps du délit* ; il n'attend pas que l'odeur vienne lui révéler le danger ; en intervenant il cherche à prévenir les hémorrhagies à répétition et à empêcher la putréfaction. Voici le *manuel opératoire* qu'il emploie (1), que l'œuf soit sain ou putréfié.

I. *Position de la femme.* — La femme doit être placée dans la position obstétricale, sur le bord de son lit, le bassin relevé, les jambes écartées, maintenues ou non par des aides.

II. *Abaissement de l'utérus.* — C'est la partie la plus simple de l'opération. Une ou deux pinces sont fixées à la base du col senti avec les doigts, sur la lèvre antérieure. On tire d'une main pendant que de l'autre on presse sur l'utérus. On amène ainsi l'orifice à la vulve ou fort près. On confie les pinces à l'aide qui les maintient, et qui déprime en même temps le périnée avec une valve de Sims ou de Simon.

III. *Dilatation du col.*— a) Si le col est tout à fait fermé et ne permet pas l'introduction du doigt, on peut introduire, six ou sept heures auparavant, une seule éponge préparée, lui laisser le temps de commencer la dilatation ; il faut tremper ces éponges une heure ou deux auparavant, pendant cinq minutes, dans l'*éther iodoformé*. Doléris n'hésite même pas à commencer la dilatation séance tenante, avec un instrument métallique, un dilatateur quelconque, celui de Sims, par exemple — b) Si le col est souple et permet l'introduction du doigt, on complète la dilatation en forçant le passage d'un second doigt après le premier, ou mieux en introduisant un sac de Barnes, qu'on insuffle lentement. La dilatation est inutile lorsque le col est largement ouvert et souple.

IV. *Curage. — Ecouvillonnage. — Extraction avec des pinces.* — La situation change, suivant que le placenta est entier ou morcelé, normal ou putréfié, sain ou pathologique antérieurement à l'avortement, adhérent ou libre, etc. Le mieux est de s'en assurer avec la curette avant de rien tenter. Une curette large et mousse convient parfaitement. On racle les parois utérines, en soulevant le placenta, en le fragmentant au besoin et en le détachant autant qu'on le peut. Toutefois, M. Doléris n'use guère de la curette que pour fragmenter un délivre consistant ou volumineux, ou pour commencer le décollement sur un point : il préfère, surtout lorsqu'il ne s'agit que de débris retenus et de placentas très jeunes, ayant déjà plusieurs jours de séjour, ou ramollis par la putréfaction, se servir d'un instrument spécial, l'*écouvillon* ; c'est une tige métallique souple terminée par un bout garni, sur une longueur de 8 à 12 cent., de crins solides qui forment une sorte de cylindre hérissé de mille pointes ou dents capables d'entamer un tissu peu résistant ou de racler très complètement la paroi utérine. On ne saurait mieux comparer cet instrument qu'à ceux qui servent à débourrer les pipes, ou à ceux dont les sommeliers usent aussi pour nettoyer les bouteilles encrassées. Ces écouvillons sont de volume, de force et de longueur variés ; la souplesse ou la résistance des crins varie également. On les fait pénétrer par un mouvement de vrille dans l'utérus, et par un mouvement identique en divers sens on détache les débris placentaires ; si un débris volumineux se présente au col, on l'extrait avec des pinces, on peut parfois ainsi extraire d'un seul coup le délivre détaché en entier ; mais avec l'écouvillon, on peut se passer de pinces et de curette ; l'écouvillon paraît déterminer la contraction de la matrice par son contact avec le col et l'orifice interne, et par cela même assure mieux l'hémostase. Un autre avantage de l'écouvillon serait, d'après Doléris, de pouvoir être chargé d'un topique antiseptique qu'il transportera dans l'utérus en assurant ainsi, au fur et à mesure du grattage, la parfaite protection des parties utérines, au point de vue de l'antisepsie. M. Doléris emploie de préférence la glycérine mélangée à la créosote pure de bois de hêtre, dans la proportion de 1 à 10. Ce mélange donne une substance demi-liquide qui imprègne abondamment l'écouvillon, grâce au feutrage serré des crins qui le constituent.

Quel que soit le procédé que l'on emploie (curette, pinces, doigt, etc.) M. Doléris pense que l'*écouvillonnage* antiseptique doit toujours, et dans tous les cas, terminer l'opération. Il assure le raclage complet de la surface utérine et la laisse imprégnée de glycérine créosotée.

Pour que ce dernier temps soit efficace, il importe de le faire précéder d'une irrigation antiseptique intra-utérine avec un liquide chauffé à 50° (solution phéniquée à 1/100e ou de sublimé à 1/2000e).

Cette irrigation, outre son action antiseptique propre, a surtout pour but de décider l'occlusion des orifices vasculaires, de favoriser la contraction utérine et enfin d'entraîner les plus petits restes de sang ou de débris. L'irrigation terminée, M. Doléris introduit une dernière fois l'écouvillon imprégné de glycérine créosotée, puis choisit un instrument moins long et souple, de façon à ne point trop gratter la surface utérine et à ne point rouvrir les vaisseaux, afin aussi de laisser dans la cavité de la matrice le plus de topique possible. Une irrigation vaginale termine l'opération qui peut être pratiquée sans anesthésie chloroformique, et qui ne s'accompagne généralement pas d'hémorrhagie.

VI

Cette méthode a été l'objet de critiques assez vives : le professeur Pajot la considère comme dangereuse, pouvant avoir des conséquences fâcheuses ; de plus, il s'étonne de la possibilité de la dilatation rapide du col, alors qu'il a échoué plusieurs fois, malgré des manœuvres faites avec persistance, et avec une certaine force, à obtenir cette dilatation de l'orifice utérin ; pour lui, 95 fois sur 100, l'*œuf sort seul* : il n'en est pas ainsi quand on tourmente l'utérus, quand on veut quand même extraire un placenta incomplètement engagé dans le col. Aussi, tant qu'il n'y a pas d'odeur, pas d'intervention ; il faut attendre, se borner à faire des injections antiseptiques. M. Pajot insiste, avec M. Guéniot, sur la distinction à établir entre le placenta décollé et adhé-

(1) Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie, Mai 1886.

rent : dans le premier cas, dès que la putréfaction commence, il accepte la conduite de Doléris ; mais, lorsque le placenta est adhérent, la putréfaction n'est pas à redouter, le délivre continue à vivre ; il faut s'abstenir.

M. Doléris n'admet guère toutes ces distinctions ; il concède toutefois que jusqu'à un certain point à l'hôpital on peut attendre : la malade est surveillée et on pourra agir à la première alerte. « Mais, dit-il, en ville, à la campagne, tout avortement qui se passe en dehors des règles de l'antisepsie rigoureuse, et qui reste incomplet par rétention placentaire, peut être suivi de résultats désastreux, quand on se borne aux lavages vaginaux ou utérins. Souvent ces lavages sont faits en dépit du bon sens. Les vieux praticiens, et beaucoup parmi les jeunes, ne sont pas outillés : c'est en tout cas pour eux une véritable opération que d'introduire une sonde dans la matrice. »

Sera-t-il donc beaucoup plus facile d'abaisser le col à la vulve, d'introduire des instruments et de les manœuvrer, dans l'utérus, sans compter qu'il faudra toujours, d'après la méthode même, faire une injection intra-utérine ?

De plus, pourquoi ces manœuvres seraient-elles faites avec toute l'antisepsie désirable, alors que les mêmes règles seraient oubliées pour les lavages simples ? Ne serait-il pas plus juste de dire, au contraire, que si l'écouvillonnage peut rendre quelques services, c'est à l'hôpital, où l'on opère dans de bonnes conditions et non dans la clientèle privée où l'on est mal outillé, mal secondé ?

Il est *difficile* d'admettre, dans l'état actuel de la science, qu'on ait recours *systématiquement* à ce mode d'intervention ; souvent l'importance de l'opération ne serait nullement en rapport avec les dangers que court la femme.

M. Auvard a publié récemment (*Gazette hebdomadaire*, 12 nov. 1886) une observation intéressante à ce point de vue et recueillie par nous à la Maternité de Lariboisière : Une femme fait une fausse couche de cinq mois et n'expulse son placenta que six jours après l'avortement ; malgré la fétidité des lochies, M. Auvard se borne à faire des injections et irrigations intra-utérines antiseptiques ; les suites de couches sont normales. « Voici un cas, dit M. Auvard, où les partisans de l'intervention et même beaucoup d'éclectiques n'auraient pas hésité à opérer le curage de la cavité utérine, et cependant on aurait fait une opération complètement inutile et dont les résultats n'auraient certainement pas été meilleurs que ceux produits par l'expulsion spontanée. Il n'est question ici que de l'inutilité de l'opération, mais il ne serait que juste de mentionner ses dangers, quelques minimes que veuillent les dire certains auteurs ».

Toutefois, M. Auvard pense qu'en pareille matière il faut être éclectique et que si, dans le plus grand nombre des cas, l'expectation suffit, « on peut avoir recours comme dernière ressource au curage de la cavité utérine, lorsque la fétidité et l'élévation de la température persistent malgré les lavages antiseptiques ».

VII

En résumé, l'expectation antiseptique donne actuellement de bons résultats ; il n'est nullement démontré que les méthodes d'intervention immédiate soient supérieures ; il faut tenir compte de ce fait qu'à mesure que l'antisepsie devient plus rigoureuse les dangers de la *non-intervention* sont beaucoup moindres, s'ils ne disparaissent pas complètement.

« Malgré tous les conseils d'intervention qui ont été donnés, disent MM. Tarnier et Budin (1), il faut savoir attendre patiemment. Dans les cas simples, on se borne à faire de l'antisepsie. Dans les cas graves le tamponnement réussit contre l'hémorrhagie, les injections antiseptiques contre l'infection.

Si l'antisepsie vaginale, si l'antisepsie utérine sont bien faites, elles suffisent sans qu'on soit obligé d'avoir recours aux interventions manuelles et instrumentales, qui ne sont pas inoffensives et qui sont loin d'être infaillibles.

« Avec l'expectation et l'antisepsie rigoureusement « faite, sans aucune tentative d'extraction manuelle « ou instrumentale, les cas de mort seront extrême- « ment rares ; nous ne craignons pas de l'affirmer « avec force, tant est grande notre expérience per- « sonnelle sur ce sujet, expérience de l'hôpital et « de la pratique civile. »

Ajoutons que cette méthode, expectation et antisepsie, peut être facilement mise en pratique par tous les médecins et toutes les sages-femmes, ce qui n'est pas un médiocre avantage.

Encore une fois, si le curage, l'écouvillonnage, etc., peuvent donner des résultats satisfaisants entre des mains rigoureusement antiseptiques et expérimentées comme celles de M. Doléris, n'auraient-ils pas plus d'inconvénients que de succès dans la pratique courante ? (2)

G. Lepage.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le secret professionnel (Fin).

Devoirs du médecin envers la société au point de vue du secret professionnel (3).

Les obligations du médecin envers la société priment-elles celles du médecin envers son client ? Le médecin est-il un fonctionnaire public, dans la plus large acception du mot, avant d'être un médecin à proprement parler, c'est-à-dire l'homme de bien qui se doit à ses malades, qui reçoit leurs confidences et leur prodigue un dévouement sur lequel ils savent avoir le droit de compter ? Si le bon fonctionnement de l'état social exigeait des révélations qui ne sauraient être faites qu'au détriment du malade, le médecin doit-il parler ou se taire ? Pour préciser : le médecin doit-il répondre à un juge qui l'interroge sur des faits qui lui ont été révélés dans l'exercice de ses fonctions ? Doit-il éclairer la justice s'il lui voit commettre une erreur ? Enfin, doit-il se servir, dans un but d'utilité publique, des confidences qui

(1) Traité des accouchements, t. II, p. 511, Steinheil, éditeur.

(2) Cet article était déjà à l'impression, lorsqu'a paru, dans le *Journal de médecine de Paris*, un nouveau travail de M. Doléris sur le traitement de l'endométrite chronique, par le curage et l'écouvillonnage; le traitement de la métrite chronique est trop important dans la pratique, pour que nous ne revenions pas ultérieurement avec détails sur cet intéressant mémoire. — L'inefficacité de la plupart des traitements employés jusqu'ici, est trop patente pour qu'il n'y ait pas avantage à recourir à ces procédés plus radicaux, et que nous serons heureux de faire connaître en détail à nos lecteurs.

(3) Voir les nos 8 et 9.

lui ont été faites pour empêcher, en les divulguant, ce qu'il considère comme une infamie, un crime moral ? En résumé, ses devoirs civiques doivent-ils annihiler ses devoirs de dépositaire fidèle ?

C'est un second problème de philosophie médicale qu'il n'est point facile de résoudre. Il y a encore ici divergence d'opinions chez les jurisconsultes. L'article 378, lui-même, du code pénal, qui punit la violation du secret faite par le médecin, par cette restriction : *hors les cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs*, autorise cette violation dans certaines circonstances ; que ces expressions ne se rapportent, comme le dit Hémar, qu'aux complots formés contre la sécurité de l'Etat ou qu'elles aient une signification plus étendue, comme le pense M. Bruno-Lacombe lorsqu'il dit : « On a, à la vérité, soutenu que cette exception, de même que cette obligation de dénoncer, ne s'étaient jamais appliquées qu'aux complots contre la sûreté de l'État, définis par les articles 103 et suivants du code pénal, et que par suite, l'une comme l'autre avaient disparu en même temps que ces articles abrogés en 1832 ; c'est oublier l'article 30 du code d'instruction criminelle, disposition qui a pourtant certainement survécu à la loi du 28 avril 1832. » Un criminaliste distingué, Legraverend, estime que l'ordre public est un mobile assez puissant pour expliquer et légitimer la violation du secret qui a été confié ; « La société tout entière, dit cet auteur, est intéressée à la punition des crimes et des délits. La loi défend de faire des actes contraires aux mœurs et les frappe de nullité, à plus forte raison, défend-elle de faire des actes criminels : il ne peut donc être permis à qui que ce soit de prêter son ministère à de pareils actes... Il ne peut lui être permis de se taire lorsqu'il est interrogé par la justice..., il doit déclarer tout ce qu'il sait..., et s'il refuse de dire la vérité, toute la vérité, on doit user contre lui des voies de droit que la loi a mises en pareil cas entre les mains de ses ministres. »

D'autres auteurs, au contraire, concluent à la discrétion du médecin. Nous ne citerons que Merlin, qui s'explique en quelques mots : « Les médecins, chirurgiens, apothicaires et sages-femmes, ne peuvent être forcés de déposer sur les faits relatifs aux maladies qu'ils ont traitées et pour lesquelles on leur a demandé le secret. » Je me plais à reconnaître que cette théorie que nous approuvons est aujourd'hui généralement acceptée et que, si les juges semblent l'ignorer quand ils nous interrogent, ils acceptent notre silence si nous répondons en nous couvrant derrière le secret professionel. Toutefois, il est aussi généralement accepté que le médecin peut déposer sur des faits confidentiels, s'il le juge convenable, sans encourir la pénalité de l'article 378. M. Bruno-Lacombe dit : « Fallût-il même renoncer à toute autre application de ce texte, l'injonction faite à tout citoyen de dénoncer les crimes dont il a pu être témoin, lorsqu'elle s'adressera au médecin et lorsque celui-ci se trouvera dans cette situation toute spéciale, aura tout au moins la force d'annuler pour lui la défense de l'article 378 et de l'autoriser à parler. » Et plus loin : « Ajoutons que si, pouvant se taire, le médecin a néanmoins parlé, comme il ne l'a fait que sur l'injonction de la justice, se fût-il mépris sur son droit, sur son devoir même, il ne saurait être recherché. » Hémar s'exprime aussi clairement : « Le médecin peut parler, la révélation faite est licite. Provoquée par la justice, sollicitée au nom de l'intérêt social, le médecin qui livre son témoignagne aux magistrats ou aux jurés remplit un devoir civique et n'encourt aucune responsabilité. » Et ailleurs : « Le médecin appréciera, dans son âme et dans la plénitude de sa liberté, s'il doit révéler. »

Il résulte de cela que, bien que le silence soit considéré dans ces circonstances comme un devoir, la révélation n'est pas un acte illicite. Le devoir, en effet, étant défini par les disciples d'Auguste Comte : une fonction remplie par un organe libre, l'idée de devoir implique celle de liberté. Si cette liberté, au lieu de s'exercer sur l'accomplissement ou le non-accomplissement d'un devoir, ce qui constitue l'honnêteté ou la malhonnêteté civique, s'exerce sur le choix de deux devoirs antagonistes, on ne cesse pas d'être honnête en accomplissant l'un pour délaisser l'autre. C'est le cas du médecin appelé à satisfaire les différents articles du code d'instruction criminelle ou au contraire à les enfreindre en respectant le secret professionnel. Mais pour lui éviter de poignantes incertitudes, ne pourrait-on pas établir une règle fixe sur laquelle l'homme de l'art modèlerait sa ligne de conduite ? Hémar considère cette tentative comme téméraire. Eh bien ! ce n'est pas tout à fait notre manière de voir. Nous nous trouvons en présence de deux intérêts bien définis à sauvegarder : l'intérêt du malade et l'intérêt de l'ordre social. Ces deux intérêts étant absolument connus, il me semble qu'il est possible de les pondérer et de dire presque mathématiquement quel est celui qui l'emporte. Si l'intérêt du malade n'était qu'un but absolument humanitaire, s'il n'était que d'un ordre purement privé, en se plaçant au point de vue de la philosophie sociale, le choix ne serait pas difficile à faire, tous les intérêts privés devant disparaître devant les exigences de l'ordre public, du bon fonctionnement de l'évolution sociale. Le médecin devrait tout dévoiler à la justice qui représente la société elle-même et en défend les droits. Mais ici l'intérêt du malade est doublé d'un intérêt d'un ordre public considérable : le respect du secret professionnel qui rend inviolable une des fonctions sociales dont l'absolue indépendance est indispensable pour garantir les intérêts qu'on lui a confiés. « Porter jusqu'à ses dernières limites le droit de punir, exiger en son nom la violation des confidences les plus intimes, tout immoler en vue de l'expiation, c'est enlever du même coup leur sûreté et leur dignité à ces relations qui unissent le client à l'avocat, le malade au médecin, le pénitent au confesseur, et qui, elles aussi, touchent à l'ordre public. La punition de quelques criminels ne compense pas un tel sacrifice. » Outre l'intérêt privé, le respect du secret confié touche donc à l'ordre public, comme nous l'avons déjà dit, se trouve lié à la bonne harmonie sociale et s'impose impérieusement. La justice a d'autres moyens d'investigation que la déposition du médecin, mais n'en aurait-elle pas, nous devons conclure au silence rigoureux de la part du médecin sur tout ce qu'il a appris dans l'exercice de ses fonctions. Et si, par impossible, un jour le législateur, mal inspiré, nous obligeait à la révélation dans l'intérêt public, le médecin devrait se placer au-dessus de la loi. N'écoutant que son honneur, il devrait résister et préférer un châtiment immérité que de répondre par la trahison à la confiance dont l'aurait honoré son malade. Ces confidences, en effet, que nous sommes appelés à recevoir et qui sont une si grande preuve de l'estime qu'on porte au Corps médical, pourraient-elles être dévoilées impunément, au point de vue de notre dignité, sur l'injonction d'un fonctionnaire quelconque, commis à la garde sociale ? Si,

par un malheureux abus de pouvoir, on s'avisait jamais de porter atteinte à la confiance que notre traditionnelle discrétion nous a value, j'ai la conviction intime que le Corps médical ne faillirait pas à son devoir, qu'il se lèverait spontanément pour défendre ses nobles traditions et sa devise, qui reste : « La discrétion partout et toujours tant que celui qui a confié le secret n'a pas délié la langue. »

L'interprétation de la loi étant ainsi établie, Messieurs, permettez-moi d'abuser encore quelques instants de votre bienveillante attention pour citer les principaux cas particuliers qu'on trouve exposés dans les auteurs que j'ai pu consulter et voir si la solution que nous leur donnerons se trouvera toujours conforme à celle des maîtres, dont nous pourrons peut-être contester la manière de voir, mais dont nous respectons toujours la grande autorité.

Un des crimes qui ont le plus divisé l'opinion des médecins légistes et criminalistes est le cas d'empoisonnement découvert par le médecin. Voici le fait : un médecin est appelé auprès d'un malade ; il reconnaît un crime d'empoisonnement commis sur le patient ; doit-il dénoncer l'attentat à la justice ou se taire ? M. Bruno-Lacombe et plusieurs jurisconsultes disent avec lui que le silence serait une fausse interprétation du secret professionnel. Trébuchet, au contraire, prétend qu'on doit se taire, en émettant l'hypothèse que certaines victimes aimeraient mieux mourir que de laisser déshonorer leur famille par une dénonciation. La Société médicale de Jonzac, consultée à ce sujet, conclut elle aussi au respect du secret professionnel et par conséquent au silence, mais Legrand du Saulle prétend qu'elle se trompe et Brouardel partage cette opinion, ajoutant que l'hypothèse de Trébuchet lui semble inventée pour les besoins de la cause.

C'est là, à notre avis, une première erreur. Le plus souvent, en effet, l'empoisonnement sera l'œuvre d'un membre indigne de la famille, qui aura intérêt à voir disparaître le malade et, si ce dernier n'est pas assez stoïque pour préférer la mort au déshonneur des siens, il sera sûrement reconnaissant envers le médecin qui, tout en le protégeant, évitera le scandale. Pour ce qui est du fond de la question, nous concluons, nous, d'après les principes que nous avons établis, que le médecin doit se taire. Tout ce que le médecin découvre dans l'exercice de ses fonctions est un dépôt sacré fait à sa discrétion qu'il ne peut divulguer qu'avec l'autorisation du déposant, car il n'est pas nécessaire, que le malade, pour que le dépôt de confiance ait lieu, l'exprime explicitement, il n'a qu'à livrer son corps aux investigations médicales. Nous devrons donc déclarer à l'empoisonné toute l'étendue de la maladie pour laquelle il demande nos soins, lui faire voir toutes les conséquences de la divulgation du secret que nous imposent nos fonctions, et attendre sa décision.

On nous dira peut-être que c'est impraticable, que la brutalité de notre langage sera un coup terrible pour la victime. Je répondrai simplement en demandant si la dénonciation du crime et les conséquences qu'elle amènera ne seront pas la cause d'une émotion bien plus terrible encore pour le malade. Comme dernière supposition, nous ajouterons que, si le malade est matériellement incapable de recevoir ses confidences, le médecin devra défendre son existence par tous les moyens possibles, mais se taire.

Notre deuxième question a été celle de savoir si le médecin doit éclairer la justice sur le point de commettre une erreur et de frapper un innocent.

Voici un fait qui s'est produit en 1880 et qui est relaté dans Dechambre : Un employé infidèle simule un attentat ; il se blesse, après avoir mis en lieu sûr l'argent qu'il devait rapporter à la caisse et crie : « Au voleur ! » Il fait des confidences à son médecin. La justice cherche un coupable, croit le tenir et va sévir sur un innocent ; que fera le médecin ? Tout le monde reconnaît, à part le Dr Fournier, que le silence est obligatoire ; mais on cherche à avoir des accommodements avec le secret professionnel. Barth, au Congrès médical de 1845, prétend qu'on doit se présenter devant les juges et leur dire qu'ils vont condamner un innocent. Hémar dit que le médecin doit se porter franchement témoin à décharge ; M. Bruno-Lacombe partage cette opinion ; nous, nous sommes plutôt de l'avis de Dechambre, qui considère cette démarche comme une dénonciation indirecte et nous ajoutons qu'on ne peut la faire qu'avec l'autorisation du client.

Qui vous assure, en effet, que le juge d'instruction, qui est habituellement doublé d'un policier, ne cherchera pas comment vous pouvez parler ainsi, ne dirigera pas ses investigations sur cette nouvelle piste et n'arrivera pas, soit par la nature de la blessure, soit autrement, à découvrir le vrai coupable que vous aurez ainsi indirectement livré et dont vous aurez trahi la confiance ?

Je n'ai plus, Messieurs, qu'à signaler à votre discussion un cas très commun, qui répond plus spécialement à notre troisième question : le médecin doit-il trahir le secret professionnel pour empêcher une infamie, un crime moral, si je peux dire ainsi ?

Pour nous, poser la question, c'est la résoudre, et si les crimes qui bouleversent l'état social ne sont pas un mobile assez fort pour autoriser la divulgation du secret professionnel, on ne peut raisonnablement pas soutenir que quelques santés compromises suffisent pour légitimer cette indiscrétion. Je m'explique : vous donnez vos soins à un client atteint d'une maladie contagieuse ou héréditaire. Il va se marier et on vient vous demander des renseignements. Quelle doit être votre conduite ? Quelque souffrance qu'en doive éprouver votre cœur d'honnête homme, vous devez vous taire.

Le Dr Gaide (de Paris) a protesté contre cette thèse ; il a déclaré, dans un passage d'une admirable énergie où il oublie trop qu'il est médecin pour ne se rappeler que son titre d'honnête citoyen, qu'il dirait au père, venant le consulter dans ces circonstances : « Non, ne donnez pas votre fille à cet homme, » plaignant le tribunal qui se croirait autorisé à le condamner. Eh bien ! non seulement nous pensons qu'il a tort et avec lui MM. Tardieu, Brochin, Amédée Latour et Legrand du Saulle, qui partagent son opinion, mais nous n'excusons pas même M. Brouardel, conseillant d'employer des moyens indirects pour porter obstacle au mariage.

Vous n'avez pas le droit d'user des confidences qui vous ont été faites pour briser peut-être l'existence de celui qui vous les a confiées. Quelque coupable que soit son entreprise, si vous ne pouvez pas l'en dissuader, votre cœur ne doit avoir pour lui que de la commisération. Le médecin est l'homme de la mansuétude et non pas de la justice.

Je m'arrête, Messieurs, laissant pour une autre séance les nombreuses questions que je n'ai pu toucher. Continuer aujourd'hui me paraîtrait commettre à votre égard un véritable abus de patience.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

A propos du compte rendu de la réunion du Syndicat médical de N... (1)

Mon cher confrère,

Au moment où le *Concours médical*, rendait compte de la réunion tenue dans notre ville par le syndicat des médecins de la région et où nous nous étions *occupés* du fameux abbé K.., un journal local publiait l'article suivant, que vos lecteurs auront certainement plaisir à retrouver dans les colonnes du bulletin.

Sur notre plainte, le parquet s'est ému des agissements de l'abbé Perdrigeon ; (pourquoi ne pas le nommer, puisque la justice, au-dessus de laquelle il se disait placé, va enfin s'occuper de lui?) Espérons que les magistrats de Libourne sauront protéger la santé et les pièces de cent sous du public contre les entreprises de l'audacieux ci-devant curé de Tayres.

Cordialement à vous.

Dr X.

Libourne, le 6 mars 1887.

Voici l'article dont il s'agit :

Un nouveau Zouave guérisseur.

Le 26 février dernier, c'est-à-dire samedi, le parquet de Libourne s'est transporté à Vayres afin de faire une enquête sur les agissements d'un certain abbé Perdrigeon, ancien curé de la localité, qui, tout comme son confrère en sorcellerie, dont le tribunal avait dernièrement *à s'occuper, prétendait* guérir toutes les maladies. Reconnaissons, cependant, qu'il ne recommandait pas à ses naïfs clients de faire bouillir pendant vingt-sept heures un cœur de bœuf avec des clous et des épingles et d'aller le jeter à minuit précis dans la Dordogne. « Sa petite pharmacie » avait une autre organisation.

Nous ne sommes pas dans le secret des dieux, nous ne pouvons donc préjuger des résultats de l'instruction qui se terminera sans doute par l'envoi sur les bancs de la police correctionnelle et la condamnation de l'abbé guérisseur ; force nous est donc de nous rabattre sur le prospectus de M. Perdrigeon. A lui seul il vaut un long poëme.

La science de l'abbé en question est universelle, et ses remèdes sont souverains : « contre la danse de Saint-Guy et l'anémie, la surdité et la cécité, les diarrhées et les constipations, les langueurs d'estomac et les indigestions, les coupures et l'apoplexie, l'incontinence d'urine et les maux de dents ». C'est à n'y pas croire ! Entrez, messieurs et mesdames, cela coûte cher !

Mais, pour arriver à un résultat efficace, il faut, paraît-il, de la persévérance ; demandez plutôt à M. du Courrech de Raquine, à Mme la vicomtesse de Guerivière, à Mlle Angèle, à Mme la supérieure du couvent de X...; à l'abbé Cossenet, aux frères François, Joseph, Dange Marie, etc., etc., etc., dont les signatures, en toutes lettres, viennent affirmer la science du nouveau « zouave Jacob ». Puisse tout ce monde n'avoir pas subi la médication légèrement... épicée exigée par la situation *resserrée* de la malade dont le cas est narré en tête du boniment !

Car c'est un boniment, que l'arracheur de dents qui trône sur les Quinconces, à Bordeaux, et qui opère quelquefois sur la place Decazes, à Libourne, ne renierait pas. En tête, la croix de la Légion d'honneur ! Puis, après, la narration des vertus de la vraie toile souveraine des anciens moines (on n'expédie pas moins de 50 centimètres), le récit des guérisons obtenues avec le fameux contre-coup du baron de Malter, qui n'est autre chose que l'élixir de longue vie, et enfin, les résultats de l'introduction (?) des billes Geri de Poren, une pure fumisterie, car ce nom est simplement l'anagramme de Perdrigeon.

Quant aux titres de l'abbé, c'est le comble de l'art et de l'amalgame. Le chimiste le plus expérimenté y perdrait lui-même son latin, nous voulons dire ses éléments.

En voici quelques-uns :

Vulgarisateur du fameux secret de... pour la guérison du charbon et de la pustule maligne ; restaurateur de l'unique vraie toile *souveraine des* anciens moines ; fondateur de plusieurs sociétés de secours mutuels riches et prospères ; propagateur de la poudre admirable ; inventeur de la baratte rationnelle ; créateur de la méthode mécanique de lecture rêvée par saint Jérôme, etc...

Quel rêve, en effet, mes amis, auquel le parquet est venu mettre fin !

Syndicat médical et pharmaceutique de l'Arrondissement de Baugé (Maine-et-Loire).

Assemblée Générale du 9 octobre 1886.

Présidence du Docteur CHEVALIER *(de Baugé)*.

Présents : MM. Chevalier (de Baugé), Bœll (de Baugé), Geslin (de Beaufort), Chabert (de Seicher), Laumonnier (de Vernoil), Thuau (de Baugé), Coméra (de Corné), Gousselin (de Baugé), Riballet (de Baugé), Guéret (de Beaufort), Georges (de Longué).

Se sont excusés par lettres, MM. Haecque (de Mazé), Drouet (de Longué), Chardonneau (de Longué), Picard (de Morannes), Chevalier (de Beaufort), Périgault (de Vernandes), Forst (de Gennes), Cosnard (de Noyant), Brunet (de Morannes), Menut (de Vernoil), Marchand (de Durtal).

Absents : MM. Bellanger (de Fougère), Raveneau (de Beaufort), Mickalowiecz (de Parçay), Zannellis (de Moulihernе), et Gémin (de Durtal).

MM. Thuau (de Baugé), et Nepveu (de Brain-sur-l'Authion), sont à l'unanimité élus membres du syndicat.

Approbation des comptes du trésorier.

Lecture et approbation du procès-verbal lu dans la séance du 10 octobre 1886.

Le secrétaire expose :

1° Que l'association médicale de Maine-et-Loire a participé au pétitionnement en faveur de la revision de la loi sur les syndicats ainsi que l'y avaient invité collectivement les syndicats du Bas-Anjou et de Baugé.

2° Que les menaces de poursuites faites au nom du syndicat médical et pharmaceutique aux reli-

(1) Voir *Bulletin des Syndicats, in* CONCOURS MÉDICAL n° 10, p. 118. — Syndicat médical de N...

gieuses, hongreurs, etc., qui se livrent à l'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie ont produit un résultat appréciable. — En conséquence, un certain nombre de circulaires sont mises à la disposition des membres qui en enverront partout où cela leur semblera nécessaire dans le rayon où ils exercent.

3° Lecture est donnée de l'appréciation bienveillante du *Concours médical* pour ce qui concerne l'accès du corps pharmaceutique dans le Syndicat médical.

4° Signification a été faite au Dr C... de son exclusion du syndicat, et communication en a été donnée au président de l'Association médicale dont M. C... fait partie.

M. le Président a répondu : que l'Association n'avait ni à infirmer, ni à confirmer la mesure prise, qu'il estime à priori équitable, et qui ne peut être enregistrée qu'à titre de renseignement.

D'autre part, il est décidé que des renseignements seraient demandés à M. le Docteur Hocque, de Mazé, membre du syndicat et du Conseil d'administration de l'association, sur certaines appréciations auxquelles se serait livré le rapporteur de ce conseil, dans l'affaire C...

5°. Le Docteur Chevalier, de Beaufort, est nommé délégué pour représenter le syndicat à l'assemblée générale de l'Union.

Une somme de 100 fr. lui est allouée à titre d'indemnité.

6° L'assemblée générale adopte le tarif d'honoraires du syndicat du Bas-Anjou.

7° Un membre insiste sur la nécessité d'afficher annuellement dans chaque commune la liste des médecins et pharmaciens du département. Une démarche sera faite auprès du sous-préfet.

8° Réélection des membres du bureau. Toutefois, comme le nombre des membres du syndicat permet la nomination d'un nouveau syndic, que d'autre part, il y a dans le syndicat un certain nombre d'officiers de santé, on convient de nommer l'un d'eux.

M. Chardonneau (de Longué) est élu.

Le secrétaire, Dr Bœll.

COMPOSITION DU BUREAU.

Président d'honneur, Dr Cézilly ; *Président*, Dr Chevalier (de Baugé) ; *Secrétaire*, Dr Bœll ; *Trésorier*, M. Guéret ; *Syndics*, Dr Marchand, Dr Chevalier (de Beaufort), Dr Périganet, M. Chardonneau.

Le nombre des membres est de 20 médecins, et 8 pharmaciens.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Régent, à Guéméné-Penfao (Loire-Inférieure), présenté par le docteur Saquet, de Blain.

M. le Dr Sostrat, à Mirambeau (Charente-Inférieure), présenté par le docteur Geneuil, de Montguyon.

NOUVELLES

Nous souhaitons la bienvenue à un nouveau confrère. Le *Bulletin médical*, journal bi-hebdomadaire, a commencé de paraître le 2 mars. Son rédacteur en chef est M. le Dr Prengrueber, chirurgien des hôpitaux.

— Les tremblements de terre de Nice, Cannes, Menton, etc., ont causé un grand préjudice à nos confrères de ces stations. Il en est qui, comme M. Cazenave, ont vu leur maison et leur mobilier presque entièrement détruits. Heureusement, il n'y a pas eu de mort à déplorer. Beaucoup paraissent craindre de voir les malades ne plus revenir l'année prochaine dans ces stations. Espérons que ces craintes ne se réaliseront pas. La situation et le climat de ces villes y attireront toujours les malades.

Vingt-septième assemblée générale de l'Association générale des médecins de France

Ordre du jour de la séance du dimanche 17 avril 1887. — La séance sera ouverte à *deux heures et demie.* — 1. Allocution du président ; — 2. Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, Trésorier ; — 3. Rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du Trésorier, par M. De Ranse, membre du Conseil général ; — 4. Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1886, par M. Foville, secrétaire général ; — 5. Première partie du rapport de M. Bucquoy sur les pensions viagères à accorder en 1887.

A sept heures précises, le Banquet.

Ordre du jour de la séance du lundi 18 avril 1887.

La séance sera ouverte à deux heures et demie. — 1. Vote du procès-verbal de la dernière assemblée générale. 2. Approbation des comptes du Trésorier par l'Assemblée générale ; 3. Deuxième partie du rapport de M. Bucquoy, sur les pensions viagères à accorder en 1887. Discussion et vote des propositions ; — 4. Election de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1888 ; — 5. Renouvellement partiel du Conseil général ; — Membres du Conseil à renouveler : MM. Gallard, décédé, Burdel, Peter, Denucé, Brouardel, Gavarret, arrivés au terme de leur exercice. (Les membres du conseil sont rééligibles.) — 6. Examen du nouveau projet de loi sur l'exercice de la médecine présenté par le Gouvernement, étude par M. le Dr Riant, membre du Conseil Général ; — 7. Propositions et vœux soumis, par les Sociétés locales, à la prise en considération de l'Assemblée générale, pour être l'objet de Rapports en 1888.

— Par suite du décès de M. Gallard, les mutations suivantes ont eu lieu dans les hôpitaux : M. Proust devient médecin de l'Hôtel-Dieu ; M. Gouguenheim, de Lariboisière ; M. Lacombe, de Bichat ; M. Barth, de Tenon ; M. Letulle, de Sainte-Périne.

NÉCROLOGIE

M. le Dr Leudet, professeur à l'Ecole de Rouen, Membre correspondant de l'Académie de médecine.

BIBLIOGRAPHIE

Annales de l'Institut Pasteur, publiées sous la direction de M. Pasteur, par M. *Duclaux*, professeur à la Sorbonne, et un comité de rédaction, composé de MM. *Chamberland, Grancher, Nocard, Roux, Straus.*

Elles formeront tous les ans un volume de 600 à 700 pages, et paraissent le 25 de chaque mois.

Prix de l'abonnement : Paris, 18 francs ; Départements, 20 francs. — G. Masson, éditeur.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André, 3.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

M. le professeur Leudet, dont le défaut d'espace nous a permis seulement d'annoncer le décès dans le précédent numéro, tenait une place des plus importantes dans la médecine française contemporaine. Le directeur de l'École de Rouen était un clinicien de première valeur et un écrivain de grand talent. Laborieux entre tous, il a pu mener de front une active pratique, un enseignement très profitable à ses élèves et la publication de nombreux travaux parmi lesquels nous citerons : *Etude sur l'ictère déterminé par l'abus des boissons alcooliques* (*Gaz. méd. de Paris*, 1860) ; —*Des hydropisies consécutives à la fièvre typhoïde* (*Arch. gén. de Méd.*, 1858) ; — *Perforation de l'appendice iléo-cæcal* (*Arch. gén. de Méd.*, 1859) ; — *Le choléra à Rouen* (*Ac. de méd.*, 1866) ; — *Ictère grave ; sa valeur au point de vue de la pathologie* ; — *Ralentissement du pouls dans le choléra* ; — *Néphrite albumineuse* (*Gaz. hebd.*, 1854). Un certain nombre de ses mémoires ont été réunis en deux volumes d'*Etudes cliniques*. Il a fait de nombreux travaux sur l'*alcoolisme*, la *tuberculose* ; citons encore : *le zona dans la tuberculose* ; *curabilité de l'artérite syphilitique* ; *névrite cubitale*, etc. Il était l'un des fondateurs de la *Normandie médicale*.

Il n'a malheureusement pas eu le temps de jouir de l'honneur mérité que lui avait fait l'Académie des Sciences en se l'associant. Nous adressons nos sympathiques condoléances à son fils, interne des hôpitaux de Paris, qui sera le digne continuateur de la tradition paternelle.

Dilatation de l'estomac et ostéomalacie.

D'après les observations de M. Bouchard, la dilatation de l'estomac peut avoir pour conséquences des troubles profonds de la nutrition du tissu osseux, qui se traduisent le plus souvent par une déformation particulière des doigts (nodosités phalango-phalanginiennes), mais peut-être aussi par le rachitisme dans l'enfance et par l'ostéomalacie à l'autre extrémité de la vie. L'observation suivante, prise par M. Comby, pourrait être interprétée dans ce sens.

Un cordonnier de 66 ans, ayant de bons antécédents héréditaires, et appartenant à une famille de vingt-deux enfants, entre à l'hôpital pour des troubles dyspeptiques caractérisés surtout par du météorisme et de la constipation ; l'appétit et l'entrain sont conservés, mais la maigreur est grande. L'examen de l'estomac, pratiqué chez cet homme à jeun depuis plus de seize heures, permet d'y constater le clapotage à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Les autres viscères ne présentaient rien de particulier et les urines étaient normales. La dyspepsie chez ce malade remontait à une date très ancienne. On peut dire que l'intégrité de son tube digestif avait été compromise dès ses premières années. Sa première alimentation avait été vicieuse et il avait eu du rachitisme dont les traces sont encore visibles (incurvation des fémurs et des tibias, tête volumineuse et front proéminent). Il n'a marché qu'à 2 ans. Plus tard, il s'est toujours nourri d'aliments grossiers et volumineux. Gros mangeur, il consommait, sans en être incommodé, quatre livres de pain par jour ; il a toujours mangé trop vite et mastiqué incomplètement par suite du mauvais état de ses dents.

La conséquence de cette détestable hygiène alimentaire a été une distension progressive qui aboutit à une dilatation permanente, à *un estomac forcé*. Pourtant, grâce à une existence en plein air, sa dyspepsie est demeurée latente pendant longtemps. Mais, lorsqu'il eut pris une profession sédentaire l'obligeant à se courber constamment après le repas, il a commencé à souffrir de l'estomac.

Il y a dix ans, il a ressenti des douleurs sourdes et rémittentes au niveau de certains os, dans la continuité des membres. Ces douleurs continuèrent pendant cinq ans. Parallèlement apparaissaient des déformations du squelette, une cyphose à grande courbure de la colonne vertébrale, si bien que sa taille s'abaissa de 1 mètre 61 à 1 mètre 59 ; il vit

ses clavicules, les os de l'avant-bras s'incurver. Bref, ce fut une ostéomalacie sénile qui s'établit progressivement, ostéomalacie bénigne et partielle qui s'est guérie. Voilà cinq ans que les douleurs ont cessé, et les déformations persistent seules. Cet homme n'est pas syphilitique ; du moins, on ne relève dans son passé aucun accident pouvant se rapporter à la syphilis, et le traitement par les iodures alcalins est demeuré sans résultat. Les doigts présentent à un haut degré les nodosités décrites par M. Bouchard et qui accompagnent si fréquemment la dilatation de l'estomac.

M. Comby trouve donc légitime d'attribuer, en l'absence de tout autre élément étiologique, l'ostéomalacie de ce malade à l'existence de cette ancienne dilatation de l'estomac.

Par quel mécanisme s'accomplit en pareil cas la déformation du squelette ? M. Bouchard s'est demandé si, pour le rachitisme, la formation excessive d'acide lactique dans le tube digestif n'expliquerait pas les lésions osseuses, cet acide résorbé allant dissoudre la charpente calcaire des os ; l'ostéomalacie comme les nodosités des phalanges, sont peut-être attribuables, comme l'a pensé M. Bouchard, à l'acide acétique dont le tube digestif des dilatés contient des quantités excessives. Il est particulièrement intéressant de relever chez cet homme la superposition à long intervalle de ces deux ordres de déformations osseuses.

Réforme du Concours de l'agrégation

L'assemblée de la Faculté de médecine de Paris vient d'adopter les conclusions du rapport de M. Grancher au nom de la Commission chargée « d'examiner les modifications qui pourraient être apportées aux conditions du concours d'agrégation ». (Cette Commission était composée de MM. Brouardel, Vulpian, Lannelongue, Mathias Duval et Grancher, rapporteur.)

« Ce vote, dit le *Bulletin médical*, a une grande portée ; une épreuve nouvelle est ajoutée au programme du concours, et deux épreuves anciennes sont supprimées.

L'épreuve nouvelle consiste en un *exposé de travaux originaux du candidat, fait par le candidat lui-même en séance publique* et solennelle. Cette épreuve devra durer au moins vingt minutes.

Les épreuves supprimées sont la composition écrite sur un sujet d'anatomie et de physiologie, et la thèse.

En consentant à sacrifier des épreuves aussi importantes que l'épreuve écrite et la thèse, la faculté a voulu apparemment alléger le concours d'agrégation, trop lourd, trop dispendieux surtout aux candidats de province. Elle a voulu aussi indiquer nettement la voie où les candidats doivent s'engager, en votant, à l'unanimité, l'épreuve des titres et travaux scientifiques.......

Nous espérons que, dès aujourd'hui, les compétiteurs au titre d'agrégé, comprenant le sens de ce vote de l'Assemblée de la Faculté, se mettront à l'œuvre et que les prochains concours en vue apporteront les fruits que le nouveau programme nous fait espérer. Ce programme n'est pas fait pour diminuer l'effort que réclame la conquête du titre d'agrégé, mais pour diriger cet effort vers le laboratoire et les travaux originaux depuis longtemps un peu trop délaissés. »

Dans des articles écrits à l'issue du dernier concours d'agrégation nous avions signalé l'urgence des réformes et le sens dans lequel elles étaient réclamées par la majorité des personnes compétentes. C'est précisément dans ce sens que la Faculté a conclu ; il faut en savoir gré surtout à M. Grancher qui, par l'habileté de son rapport a su rallier les suffrages de la majorité de ses collègues.

FEUILLETON

Enquête sur l'Exercice illégal,

Par M. le Dr Ordonneau.

(*Suite*) (1).

La Déontologie ! voilà 70 ans que les vieux confrères exercent dans le pays sans cela. Leur principe, le seul qu'ils acceptent, est la liberté absolue des malades de se comporter envers les médecins comme ils l'entendent.

Cela n'est pas fait pour les embarrasser.

On traversera donc votre clientèle une ou deux fois la semaine ; on s'exprimera de la façon la plus désobligeante sur votre pratique et sur vos insuccès, et vos propres clients applaudiront votre triomphant et malhonnête confrère. Il pourra même se faire que ce dernier patronne tous les irréguliers de la profession qui exercent dans votre clientèle, par l'espoir assuré d'en être patronné à son tour.

Que de rebouteurs dans les campagnes, que de bonnes sœurs dans leurs écoles, que de châtelaines en leurs manoirs, n'ont pas de complices plus actifs que les médecins eux-mêmes !

(1) Voir le nº précédent.

Si on arrive à la question des tarifs, que n'aurait-on pas à dire ? Pour parler clair, ne vaudrait-il pas mieux être moins bruyant touchant les Compagnies d'assurances, les Sociétés de secours mutuels et les tarifs de l'an XI pour les expertises médico-légales, et mettre un terme à l'âpre concurrence que nous nous faisons à nous-mêmes ?

Telle est la situation vieille de plus de 75 ans et tous les jours plus précaire qui nous est faite. Qu'on songe, après cela, à ceux d'entre nous qui exercent la profession avec indifférence, ou même qui abandonnent la carrière médicale à moitié route !

La médecine ne nourrit plus son homme, voilà ce qui se dit et se répète partout. C'est une profession honorable ; mais par les travaux qu'elle nécessite, par l'obligation morale qu'elle impose, par la rétribution pécuniaire qu'elle confère, c'est le plus coûteux, le plus pénible et le dernier des métiers ; on s'en débarrasse à la première occasion qui se présente.

Il y a tant de travaux non tentés dont l'exécution se fonde sur des théories moins nuageuses et sur des expériences plus concluantes. Les connaissances scientifiques qu'on a acquises, l'esprit de recherches et d'essais qu'on ne peut satisfaire dans la pratique journalière de la médecine, tout vous pousse à d'autres spéculations.

Cependant, depuis quelques années, un réveil s'est fait dans le corps médical. Des associations nom-

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 mars.

Le surmenage intellectuel.

M. *Perrin* présente quelques objections à la communication faite par M. Lagneau dans la précédente séance sur le surmenage intellectuel. L'argument que celui-ci tirait du nombre considérable des exemptions du service militaire (460 sur 1000 inscrits) n'est pas absolument valable. Car il faut défalquer d'abord les ajournés pour organisation physique encore incomplète, qui seront de très bons soldats l'année suivante et les dispensés comme fils de veuve ou soutiens de famille. En outre, parmi les exemptés (10 à 11 %) la moitié sont exemptés pour malformations, telles que pieds-bots, coxalgies, qui n'ont rien à voir avec le surmenage. Enfin, la proportion des exemptés était à peu près la même après la Restauration, époque où l'instruction publique n'était pas si développée qu'aujourd'hui.

M. *Lagneau* répond qu'il avait tenu compte précisément des catégories indiquées par M. Perrin.

L'hypnotisme au point de vue médico-légal.

M. *Mesnet* relate l'histoire d'un malade qui est actuellement dans son service. 19 ans, fils d'une mère hystérique, ayant eu lui-même des accidents hystériques à l'âge de 11 ans, à la suite d'une grave fièvre typhoïde. Plus tard, accès de somnambulisme diurnes et nocturnes, mobilité croissante de l'esprit et besoin de locomotion. Ce jeune homme est inculpé d'un vol accompli dans des circonstances si peu ordinaires que l'examen de son état mental s'est imposé aux magistrats. Il a pris, en face de chez lui, au déclin du jour, des chaises et une commode exposées sur un trottoir et a été arrêté alors qu'il essayait de les transporter chez lui sans aucune dissimulation. Depuis qu'il est à l'hôpital, il a de fréquents accès de somnambulisme pendant lesquels il fait des tentatives de suicide.

Analgésie et anesthésie presque totales, abolition du goût et de l'odorat. Il subit, avec une extrême facilité la fascination hypnotique, pendant laquelle on lui suggère toutes les hallucinations qu'on veut, sans jamais garder, à son réveil, le souvenir de ce qu'il a fait en état d'hypnose. Ces expériences ont été faites par M. Mesnet en présence de *M. Tillaux.*

Le point capital de l'observation est la possibilité de communiquer à ce malade des suggestions hypnotiques, des ordres qu'il exécute à l'heure dite quand il est éveillé. M. Mesnet lui a suggéré, un jour, de voler la montre d'un externe du service, ce qu'il a fait ponctuellement le lendemain sous les yeux de tous les assistants qui ont pu être les témoins d'une lutte intérieure dont les différentes phases se lisaient clairement sur son visage.

M. Mesnet insiste sur l'importance médico-légale de pareils faits.

L'inspectorat des eaux minérales.

Dans un discours des plus remarquables, M. *Rochard* défend les conclusions du rapport qu'il a fait en 1883 au nom d'une commission extra-parlementaire nommée par le ministre du commerce, et tendant à la suppression de l'inspectorat.

C'est donc le contre-pied des conclusions de la commission académique actuelle exposées par M. Vidal dans la précédente séance.

M. Rochard dit que les attributions imposées actuellement aux inspecteurs : — 1° surveillance administrative et médicale de l'établissement thermal ; 2° soins aux indigents ; 3° deux rapports annuels — sont illusoires ou inexécutables.

Il est impossible à l'inspecteur de s'immiscer dans les affaires administratives des propriétaires ou fermiers des eaux. Les soins aux indigents sont

---

breuses se sont fondées, ont tenu leurs promesses et promettent encore de donner davantage. Mais s'il y a amélioration à ce point de vue, d'un autre côté, où ne vont pas les mœurs du public en ce qui touche l'exercice de la profession ?

L'exercice illégal individuel par les rebouteurs, sorciers, bonnes sœurs, etc., etc., ne nous paraît plus avoir qu'une importance secondaire, et on ne s'en plaint guère qu'en manière de plaisanterie. Mais à côté de l'exercice illégal qui se cache et cherche à se faire excuser, il existe une manière de pratiquer notre art qui, pour être légale, n'en est pas moins la honte de la profession.

Le vieil adage :

Vulgus vult decipi ; ergo decipiatur !

a eu depuis quelques années des adeptes en nombre incroyable, et l'absence de chambres de discipline a permis l'existence parmi nous de charlatans et de banquistes nombreux.

De son côté, la pharmacie est tombée dans les mains de fermiers généraux d'un nouveau genre, et l'exercice libre de la profession est mis ouvertement en commandite à la quatrième page des journaux avec la recommandation expresse de médecins, de curés et de comédiens célèbres. La *Spécialité* (1) est devenue une industrie courante affranchie de toutes les règles de la thérapeutique, exigeant moins de science que de capitaux, et souvent moins encore de capitaux que d'impudence. Elle a son article Exportation, ses droits d'entrée en franchise dans les pays à traités, et quand les pharmaciens de campagne crient à la spoliation et au scandale, on leur répond par des considérations de *Commerce Extérieur* et de *Patriotisme*, et les spécialistes..., ou plutôt les spéculateurs, l'emportent dans les conseils de l'Ordre.

Telle est, en fin de compte, la situation actuelle :

La législation actuelle, par une tolérance poussée à ses dernières limites, autorise presque la liberté absolue de l'exercice illégal.

Eh bien ! pour nous, cette tolérance de la loi est une chose honteuse pour notre époque. Nous considérons moins les pertes et dommages qu'en subit la profession médicale que les dangers que court la moralité publique. Si on accuse les médecins de plaider pour leurs intérêts, ils peuvent répondre victorieusement que, depuis plus de 40 ans, on n'a jamais vu une indifférence pareille à la leur sur ce sujet. Qu'on ne leur reproche donc pas de veiller à leurs intérêts quand ceux-ci se confondent avec l'intérêt public.

(1) Notre confrère ne parle ici que de la *Spécialisation sans motifs* ; il ne vise pas les marques des fabriques, les cachets qui recouvrent les produits, peu nombreux assurément, mais vraiment pharmaceutiques, qui consacrent d'utiles préparations. (Note de la R.)

donnés en réalité par tous les médecins des eaux autant que par l'inspecteur, et moins souvent peut-être par lui que par ses confrères plus accessibles et moins affairés. Quant aux rapports annuels, ils sont en général de nulle valeur scientifique, et, d'ailleurs, pourquoi leurs auteurs donneraient-ils plus de temps à des travaux qui sont destinés à dormir inutiles dans les cartons?

Enfin, les influences politiques ont toujours joué un rôle plus considérable que les titres scientifiques dans la nomination des inspecteurs.

La Commission extra-parlementaire de 1883 avait proposé de remplacer l'Inspectorat local par le contrôle de 4 inspecteurs généraux pris parmi les sommités de la profession médicale. Ceux-ci devaient s'interdire l'exercice de la médecine, même à titre consultatif, se vouer exclusivement à la surveillance de leurs circonscriptions respectives, et leurs fonctions auraient été à la charge des établissements thermaux.

Le rapport de M. Vidal propose, au contraire, de charger les 11 membres du Comité consultatif d'hygiène, déjà accablés par d'autres fonctions publiques et leurs clientèles, d'aller inspecter les 107 stations thermales de France, sans l'Algérie, et cela gratuitement, ce qui n'est pas digne de l'Etat.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 12 mars 1887.

La toxicité de l'urine et le régime lacté.

MM. Charrin et *G. H. Roger* ont étudié, au laboratoire de M. Bouchard, la toxicité de l'urine chez divers animaux. Dans une communication antérieure (décembre 1886), les auteurs avaient montré que le lapin élimine en 24 heures et par kilogramme une quantité de poison urinaire, capable de tuer 4 kilog. 184. Cette toxicité, attribuable surtout aux sels de potassium, est neuf fois plus grande que celle de l'urine émise par un kilogramme d'homme. Le cobaye sécrète une urine encore plus toxique que celle du lapin : 1 kilogramme élimine par jour de quoi tuer 5 kil. 663. L'urine du chien est moins toxique : elle n'est capable de tuer que 3 kil. 317.

Les auteurs ont étudié ensuite les diverses modifications que présente l'urine des animaux, quand on fait varier le régime alimentaire. Ils ont établi tout d'abord que l'inanition diminue énormément le pouvoir toxique de l'urine : dès le 1er jour, l'animal, cobaye ou lapin, ne peut tuer que 1 kil. 700 ; le 3e jour il ne tue guère plus de 1 kil. 300 ou 1 kil. 400. Mais le fait le plus important de cette communication, c'est l'influence qu'exerce le régime lacté: quel que soit le sujet en expérience, qu'il s'agisse du chien, du cobaye ou du lapin, du moment qu'on met l'animal au régime lacté exclusif, les différences dans les caractères de l'urine tendent à s'effacer ; la toxicité diminue notablement et chaque kilo d'animal ne secrète plus que de quoi tuer 1600 à 1800 grammes.

Ce résultat ne doit pas être perdu de vue, quand on se propose d'étudier les variations de la toxicité urinaire dans les divers états pathologiques, où les malades sont soumis à la diète ou au régime lacté. De plus, ces expériences peuvent être considérées comme la démonstration scientifique d'un fait empirique bien connu : c'est l'utilité du régime lacté dans la diététique des maladies où l'intoxication joue un rôle.

S'appuyant sur les travaux de M. Bouchard, les auteurs rappellent que les aliments représentent une des principales sources d'intoxication de l'organisme ; dès lors, dans les maladies où les émonctoires sont altérés, qu'il s'agisse de pyrexies ou d'intoxications lentes, comme l'urémie, il faut diminuer l'introduction des substances toxiques ; les expériences de MM. Charrin et Roger montrent que le régime lacté atteint justement ce but.

MÉDECINE PRATIQUE

La fièvre typhoïde chez les enfants.

M. le professeur Grancher a récemment consacré plusieurs leçons à la fièvre typhoïde.

Il a pris texte de l'observation d'un enfant de huit mois qui a succombé à cette affection dans le service de la clinique pour élucider l'étude encore controversée de l'existence de la fièvre typhoïde dans la première enfance et pour aborder ensuite plusieurs questions d'actualité relatives à la pathogénie, à la prophylaxie et au traitement de la dothiénentérie.

On a longtemps contesté l'existence de la fièvre typhoïde dans les premiers temps de la vie ; des médecins éminents la considèrent comme exceptionnelle. Rare, elle l'est sans doute comparativement à sa fréquence dans la seconde enfance et l'adolescence ; mais elle n'est peut-être pas si exceptionnelle qu'on doive la considérer comme une quantité négligeable dans la clinique de la première enfance.

L'enfant qui a succombé dans le service de M. Grancher, élevé au biberon à la campagne, avait été frappé, à l'âge de quatre mois, d'une paralysie infantile à forme paraplégique. Apporté à l'hôpital le 17 octobre, il payait aussitôt son tribut à la contagion qui s'exerce d'une façon si lamentable dans nos hôpitaux d'enfants et était atteint, le 30 octobre, d'une varicelle dont il était guéri le 10 novembre. Presque aussitôt il présentait de la diarrhée, en même temps que les autres enfants nourris au biberon comme lui ; le lait avait été pendant quelques jours de moins bonne apparence que d'ordinaire, et il a semblé évident que son ingestion avait provoqué chez tous les enfants des troubles gastro-intestinaux, qui chez l'un d'eux prirent une marche cholériforme mortelle. — Les autres se remirent promptement. Mais notre petit convalescent de varicelle continua à avoir une diarrhée fétide et jaune, une fièvre irrégulière oscillant entre 38° et 39°, le ventre météorisé, un abattement croissant. Il succomba le 1er décembre et l'autopsie justifia pleinement le diagnostic que la constatation de trois taches rosées lenticulaires avait permis d'affirmer le 27 novembre ; dix à douze plaques de Peyer étaient tuméfiées, trois ou quatre pleinement ulcérées, les ganglions mésentériques étaient volumineux.

On n'aurait pas grand mal à réunir un nombre important d'observations de fièvre typhoïde entre six mois et deux ans ; nous venons encore d'en voir une chez un enfant de dix-huit mois. Mais il en existe même au-dessous de six mois.

Sans compter un fait déjà ancien, dans lequel on trouva les plaques de Peyer ulcérées chez un fœtus de 7 mois, n'ayant vécu qu'une demi-heure,

plusieurs observateurs ont vu la dothiénentérie avec ses signes classiques chez des enfants de 5 jours à 26 jours; on relève dans la thèse de Bontemps sur la mort subite (1885) des autopsies, faites à la Morgue par MM. Vibert et Descouts, qui rencontrèrent les lésions de la fièvre typhoïde chez de tout jeunes enfants.

M. Parrot révoquait en doute la fièvre typhoïde chez les tout jeunes enfants ; il faut encore ranger MM. J. Simon et Bouchut parmi les sceptiques. Cependant, plusieurs des observations auxquelles nous venons de faire allusion sont d'une netteté incontestable.

Quoi qu'il en soit, la fièvre typhoïde de la première enfance a comme principaux attributs l'irrégularité de sa symptomatologie qui est fruste, la brièveté de son évolution et la gravité extrême de son pronostic. Archambault est de ceux qui ont insisté sur la gravité de la dothiénentérie au-dessous de deux ans. Lors donc qu'on parle de la bénignité de cette affection dans l'enfance, c'est de l'enfant plus âgé qu'il s'agit.

Après avoir retracé la série des recherches relatives à l'agent pathogène de la fièvre typhoïde, série dont les récents travaux de Chantemesse et Widal forment le couronnement, M. Grancher, abordant la prophylaxie, a montré par quelques chiffres saisissants combien il serait désirable qu'elle préoccupât les pouvoirs publics : n'est-il pas navrant de songer aux ravages que la fièvre typhoïde fait dans notre armée : sur 3,507,714 hommes qui ont passé dans nos casernes de 1872 à 1881,—10,733 ont succombé à la fièvre typhoïde.

Le professeur est ensuite arrivé à l'examen des principales médications usitées aujourd'hui contre cette terrible maladie, afin de voir dans quelle mesure elles sont applicables à l'enfance.

Les unes sont *purement symptomatiques*, telles que celle qui a été préconisée par M. le professeur Jaccoud lors de la discussion académique de 1882. L'adynamie, l'hyperpyrexie et l'insuffisance de l'hématose corrélative à la congestion broncho-pulmonaire sont les dangers auxquels doivent s'opposer la médication tonique (alcool, quinquina), l'acide salicylique et les ventouses sèches multipliées que M. Jaccoud prescrit.

Parmi les méthodes *systématiques*, la balnéation froide a donné chez les enfants, d'après une statistique de Brand, une mortalité de 2,5 pour 100. Mais les statistiques allemandes relatives au traitement du typhus abdominal sont presque toutes passibles d'une critique: Brand ayant posé en principe que le traitement par les bains froids doit être institué dès que le diagnostic est seulement soupçonné, il est infiniment probable que bon nombre d'embarras gastriques se glissent dans les statistiques de dothiénentéries guéries par les bains froids.

La méthode de M. Bouchard, dont nous avons fait connaître les détails dans le *Concours médical*, (1885-86) et qui a donné des résultats si remarquables dans le service des adultes de l'hôpital Lariboisière, n'avait pas encore été mise en pratique dans les hôpitaux d'enfants. M. de Beurmann et son interne M. Hillemand l'ont appliquée à l'hôpital Trousseau, l'année dernière, pendant une forte épidémie. La mauvaise organisation des bains les ont d'ailleurs obligés à ne pas suivre, au point de vue de la balnéation tiède progressivement refroidie et fréquente, toutes les indications de M. Bouchard ; c'est surtout l'antisepsie intestinale qui a été bien faite. Sur 115 cas, la mortalité a été de 3.48 pour 100. Pendant la même épidémie, MM. Cadet de Gassicourt et son interne Lafitte, sur un moins grand nombre de malades (61), avaient une mortalité de 4 pour 100, en suivant la méthode classique des indications.

Nous rappelons que la méthode de M. Bouchard comprend quatre points principaux : l'antisepsie générale, l'antisepsie intestinale, l'antithermie, l'alimentation. On commence le traitement par un purgatif, qui sera renouvelé méthodiquement tous les trois jours (15 grammes de sulfate de magnésie ou de soude).

40 centigrammes de calomel par jour, en 20 prises de 2 centigrammes (une toutes les heures) sont administrés pendant quatre jours consécutifs et répondent à l'indication de l'antisepsie générale (1).

L'antisepsie intestinale est obtenue par le mélange de 100 gr. de poudre de charbon végétal, de 1 gramme d'iodoforme et de 5 grammes de naphtaline. Ces poudres doivent être porphyrisées ; la naphtaline, précipée par l'eau de sa solution alcoolique et séchée pour être en état de poudre impalpable. Ce mélange antiseptique est en suspension dans 200 grammes de glycérine et additionné de 50 grammes de peptone sèche, qui sont la base de l'alimentation. Le tout forme un magma noir, semi-liquide qui est absorbé dans les 24 heures à la dose d'une cuillerée toutes les deux heures dans un tiers de verre d'eau.

Le gros intestin est déblayé matin et soir au moyen d'un lavement phéniqué froid à 0,50 centigr. d'acide phénique pour 500 gr. d'eau (pour les adultes). Pour les enfants nous croyons préférable de ne pas employer l'acide phénique, et de préférer le borate de soude ou l'hyposulfite de soude.

Dès le premier jour, le malade prend huit bains par jour jusqu'à ce que la température soit revenue à 37°5. La température initiale des bains est à 2 degrés au-dessous de celle du malade. On les abaisse de 1 degré toutes les dix minutes par addition d'eau froide jusqu'à ce qu'ils soient à 30°, ce qui les fait durer de 3/4 d'heure à 1 heure 1/2.

Comme adjuvant des bains contre l'hyperthermie, M. Bouchard emploie la quinine de la façon suivante. Quand la température rectale est à 40° le matin ou à 41° le soir, il prescrit pendant les deux septenaires 2 grammes de sulfate de quinine, 1 gramme pendant le 4e et le 5e. Ces doses sont administrées par fractions de 50 centigrammes de demi-heure en demi-heure. Mais on laisse un intervalle de trois jours entre chaque administration de quinine.

Dans la pratique de M. Grancher, dont nous parlerons tout à l'heure, la quinine joue le rôle principal et est administrée d'une façon analogue, bien qu'avec certaines différences.

Le régime alimentaire, dans la méthode de M. Bouchard, comprend le bouillon et la décoction d'orge (1 litre à 1 litre 1/2 en 24 heures), la glycérine associée, nous l'avons dit, comme les peptones, au mélange antiseptique ; enfin, la limonade additionnée d'un peu de vin.

Chez les enfants (M. Bouchard, nous le rappelons, a institué sa méthode en vue des adultes) la mixture à base de charbon est quelquefois difficile à faire accepter plutôt à cause de sa couleur que de son goût qui n'a rien de répugnant. On pourrait l'administrer dans ces vases en porcelaine fermés et à

(1) Pour les doses des médicaments, calomel, iodoforme, naphthaline, qui sont ici indiquées pour des adultes, il y a lieu à les modifier suivant l'âge de l'enfant.

bce qui ne permettent pas de voir l'aspect du contenu. On pourrait aussi administrer la mixture pendant la nuit ou dans une obscurité artificielle plus ou moins complète.

L'emploi de la quinine à doses élevées effraye encore beaucoup de médecins ; les uns redoutent une action fâcheuse sur le cœur, action qui n'est rien moins que démontrée; d'autres, une profonde perturbation du système nerveux. M. A. Robin, qui vient d'exposer, dans un livre récent (1), une méthode de traitement appuyée sur la chimie biologique, croit la quinine contre-indiquée à hautes doses pour d'autres raisons.

La quinine, dit-il, diminue les combustions interstitielles, et entrave les oxydations quand on dépasse les doses de 0 gr. 50 à 0.60 par 24 heures ; sous son influence, l'excrétion de l'acide carbonique diminue, mais l'absorption d'oxygène s'abaisse aussi. M. Robin cherche donc à éviter cette action, qu'il appelle sous-oxydante, et à n'obtenir qu'une action tonique. Au lieu des doses massives, il recommande les doses minimes et fractionnées : 0 gr. 50 par jour en deux doses à 8 ou 10 heures d'intervalle, pendant les dix à quinze premiers jours, alors que la désassimilation, étant plus active, doit être plus particulièrement combattue.

Dans le but de rendre plus solubles, et par suite plus faciles à éliminer, les déchets de la désassimilation, M. Robin préconise en outre l'emploi quotidien de l'acide benzoïque à la dose de 2 grammes ou du benzoate de soude à la dose de 4 grammes dissous dans la limonade. Il conseille les boissons abondantes (4 à 5 litres de liquide par jour chez l'adulte), l'extrait de quinquina et l'alcool et pour le reste du traitement la pratique habituelle de tout le monde (purgatifs, lavements antiseptiques, ventouses, lotions, etc.).

Pour en revenir à la thérapeutique de la fièvre typhoïde chez l'enfant, voici celle que M. Grancher a adoptée et qui a donné jusqu'ici une mortalité de 3,3 pour 100 chez les enfants de 2 à 15 ans. Car chez les enfants au-dessous de 6 mois, on peut admettre que la mortalité est de 100 pour 100 et qu'elle est encore de 50 p. 100 de 6 mois à 2 ans.

Un purgatif au début, pris tous les trois jours environ, des lavements antiseptiques bi-quotidiens (eau, 500 grammes, borate de soude, 5 à 10 gr.); — si la langue se sèche, une antisepsie intestinale simplifiée : 2 à 4 grammes de salicylate de bismuth, associés à 2 grammes de magnésie calcinée, s'il y a tendance à la constipation ; des boissons abondantes (1 litre 1/2 à 2 litres), bouillon, décoction d'orge, limonade, lait ; — alcool et extrait de quinquina en cas d'adynamie; — ventouses, au besoin vésicatoires de très courte application sur les parties latérales du thorax contre la congestion pulmonaire excessive; — lotions, bains tièdes en cas d'hyperthermie persistante ou d'agitation excessive; — sangsues aux apophyses mastoïdes en cas d'accidents cérébraux prédominants.

Mais le point capital du traitement est *l'emploi systématique de la quinine à doses massives*, non plus seulement comme antithermique, mais comme antiseptique. On peut admettre que la température donne, dans une certaine façon, la mesure de l'infection microbienne. Quand le thermomètre marque 39°,5, 40° et au delà, on donne, suivant l'âge de l'enfant, de 0,50 à 2 grammes de quinine. Les doses les plus habituelles sont 1 gr. et 1 gr. 50 à partir de 5 ans, 0,75 centigr. à 1 gr. de 3 à 4 ans. La dose est administrée vers 5 ou 6 h. du soir, par fraction de 0,50 de demi-heure en demi-heure, de façon que les effets bienfaisants se fassent sentir pendant la nuit. Or, il est remarquable que le bien-être obtenu par les doses élevées de quinine procure aux enfants le sommeil, si rare dans la fièvre typhoïde. Le lendemain, l'enfant s'éveille avec une amélioration toujours très marquée, quelquefois si considérable qu'elle émerveille l'entourage. Bien des fois, ayant vu la veille à la visite un enfant plongé dans une stupeur presque comateuse, nous avons retrouvé le lendemain, après l'administration de 1 gr. 50 de quinine, le même enfant assis sur son lit et jouant, éveillé, et causeur. Ces effets de transformation sont vraiment si surprenants et si incontestables chez l'enfant que M. Grancher a coutume de dire que la quinine agit en pareil cas à la manière d'un spécifique ; et, quand on songe aux faits récemment signalés par Chantemesse, l'entrave apportée par le sulfate de quinine au développement des cultures du bacille typhogène, on est moins disposé à s'étonner de cette action spécifique.

Quant à nous, nous sommes absolument convaincu maintenant de l'efficacité du sulfate de quinine dans la fièvre typhoïde chez l'enfant, et il nous semble qu'avec ce médicament, l'antisepsie intestinale et les bains tièdes, on peut presque répondre de la guérison chez les enfants.

P. Le Gendre,
Chef de clinique adjoint à l'hôpital des Enfants.

(1) Leçons de clinique et de thérapeutique médicales, 1887.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Petits échos médico-pharmaceutiques.

La Loire médicale a donné, dans un de ses précédents numéros, le résumé de la loi en préparation sur l'exercice de la médecine. La pharmacie a également sur le chantier son petit projet de loi. On nous dit même que la Commission législative, nommée à cet effet, a déjà arrêté le texte des différents articles de la nouvelle législation, qui doit régir à l'avenir la profession de pharmacien en faisant disparaître enfin le chaos obscur de lois, d'ordonnances et de réglements qui, depuis près d'un siècle, a motivé tant de controverses et de plaintes, soit de la part des pharmaciens, soit de la part des tribunaux eux-mêmes.

L'obscurité qui règne dans cette législation surannée est telle que les jurisconsultes les plus autorisés ont trouvé dans ses flancs des motifs aux jugements et aux arrêts les plus opposés, les plus contradictoires. Ce n'est donc pas sans raison que nos voisins aspirent après une loi plus en rapport avec l'état actuel de leur profession, à la fois plus protectrice, plus simple et plus libérale. Celle qui vient d'être élaborée par la Commission de la Chambre des Députés satisfera-t-elle leurs desiderata légitimes ? Nous ne le savons ; mais nous souhaitons qu'elle mette un terme à la crise violente qui sévit depuis longtemps déjà sur la pharmacie, et qui a atteint depuis peu son summum d'intensité.

De toutes parts, en effet, dans les journaux professionnels, dans les réunions des syndicats et jusque dans les congrès pharmaceutiques internationaux, retentit un cri d'alarme et de détresse ; La

pharmacie est en décadence, la pharmacie se meurt.» Ce n'est pas nous qui protesterons contre cette assertion, bien au contraire ; si nous jetons un regard autour de nous, si nous considérons les agissements de la majeure partie des pharmaciens stéphanois, nous trouvons le malaise de la pharmacie bien profond et ses plaintes justifiées. Ce que nous voyons de plus triste dans cette situation désespérée, c'est que la pharmacie se meurt par la faute de ses membres ; elle succombe sous les coups de ses propres enfants.

Jadis cette profession fut honorée à juste titre grâce à l'éclat que déversaient sur elle l'honorabilité, le savoir et les travaux de ses représentants. Combien les temps sont changés et que nous sommes loin de l'époque où brillaient les Parmentier, les Baume, Lemery, Scheele, Robiquet, Pelletier, Dumas et tant d'autres, qui se sont distingués par les services rendus à la société, par leurs découvertes si utiles aux sciences, à l'industrie et à la médecine. Alors, le pharmacien assidu à son laboratoire poursuivait avec ardeur la solution des problèmes ardus de la chimie ; il dérobait aux médicaments minéraux ou végétaux le secret de leur action dans les maladies ; il découvrait les alcaloïdes, la quinine, la morphine, le chloroforme, etc., etc.! Aujourd'hui il cherche surtout le moyen d'attirer dans sa caisse les sous petits et gros des malades, et, pour ce faire, il invente les pilules, les pastilles, le sirop, et une foule d'autres ingrédients de la même valeur thérapeutique, prônés aux yeux des naïfs à grand renfort de réclames et d'élucubrations plus ou moins grotesques et mensongères qui s'étalent à la quatrième page des journaux. Pour cette besogne, foin de l'intelligence et du savoir, la vulgaire probité commerciale n'est plus de mise ; la dignité professionnelle et le respect du diplôme devenus gênants sont relégués avec les anciens formulaires. Arrière tous ces vieux mots et ces idées d'un autre âge ; place aux nouvelles formules ; l'art pharmaceutique a disparu pour céder le pas à l'exploitation du client ; le caducée traîne dans la fange, le pharmacien s'est fait marchand, pour ne pas dire plus.

Eh bien ! Messieurs les pharmaciens, je vous le demande à vous-mêmes, ce tableau est-il trop chargé ? J'ai entendu les doléances de beaucoup, et, comme les vignerons pour le phylloxera, chacun a son remède. Le mal dont vous souffrez est plus enraciné que vous le croyez. Aujourd'hui le pharmacien a besoin d'employés, il va les prendre n'importe où, et l'on voit dans les arrière-boutiques des têtes plus ou moins incultes dans lesquelles germe déjà l'idée de devenir pharmacien. Avec le peu de savoir que l'on demande relativement au siècle où nous vivons, on y arrive vite. Un pharmacien de plus est né, sorti d'une classe de la société où la dernière des choses est bien le respect que l'on doit à son diplôme.

Avec les progrès de l'instruction, il faut dès aujourd'hui, tout en respectant les droits acquis, exiger pour exercer cet art, un diplôme de première classe. Vous n'exclurez pas ainsi tous les indignes, mais vous en éloignerez une bonne part. Que voulez-vous faire, à Saint-Etienne par exemple, où votre nombre égale celui des médecins ?

Dans les conditions actuelles l'estime du médecin et la confiance du public s'en sont allées ; la méfiance qui leur a succédé a porté des fruits amers pour l'apothicaire modernisé. L'estime du médecin ! Le pharmacien n'en a cure ; la confiance du public ! C'est autre chose ; comme elle emporte avec elle la recette journalière, il est indispensable de lui tendre un nouvel appât. De là les rabais sur les spécialités, de là la concurrence effrénée et immorale que se font entre eux certains pharmaciens au grand dommage de la considération professionnelle et au détriment de la santé publique. Il est bon que le public ignorant sache à quoi il s'expose quand il cède à l'attrait du bon marché ; les rabais exagérés sur les articles connus sont obtenus au détriment de la qualité de la marchandise et la compensation s'établit par l'exagération du prix des préparations qu'il ne peut contrôler, par la substitution d'un produit bon marché, à un produit coûteux ; en un mot, par une véritable tromperie sur la nature et souvent la quantité du médicament. Que l'on ne nous accuse pas d'avoir noirci le tableau à dessein, nous avons plutôt atténué les faits ; n'avons-nous pas vu, en effet, dans le Bulletin des Pharmaciens de la Loire, le Secrétaire du Syndicat traiter d'indignes une certaine catégorie de ses confrères ; n'avons-nous pas vu et ne constatons-nous pas tous les jours, dans certaines officines, le sulfate de quinine remplacé par la cinchonine, le valérianate de zinc substitué au valérianate de quinine, la solution de tartrate de soude vendue pour la limonade au citrate de magnésie, de vin à la gentiane pour du vin de quinquina... ! Est-ce que la Commission d'inspection des Pharmaciens de l'arrondissement de Saint-Etienne, malgré des trésors d'indulgence confraternelle, n'a pas eu à traduire en police correctionnelle deux pharmaciens surpris en flagrant délit de vente de médicaments frelatés ! Au lieu de deux, elle aurait pu en faire condamner dix.

Tout est bon pour battre monnaie, le mercantilisme s'est étendu sur cette profession comme une plaie phagédénique réduisant le pharmacien aux abois et menaçant de la détresse le praticien honnête qui s'efforce de conserver intactes les traditions d'honneur, de travail et de probité qui furent la gloire de la pharmacie pendant les premières années de ce siècle.

Nous sommes heureux de le reconnaître, il existe à Saint-Etienne comme ailleurs, de rares, trop rares, hélas ! pharmaciens vraiment dignes de ce nom. Mais ceux-là, la vogue ne les favorise pas toujours; ils ont oublié que, pour réussir, « le savoir-faire vaut mieux que le savoir ; ils n'ont pas su devenir commerçants ; ils ont voulu rester pharmaciens et ils devront s'estimer heureux si leur vie laborieuse, consacrée au soulagement des maux de leurs semblables, n'est pas couronnée par la misère ».

Les empiétements des professions voisines, l'hostilité si souvent et si injustement invoquée du médecin, ne sont pas les causes du désarroi dans lequel se traîne péniblement la pharmacie.

Le médecin n'est pas l'ennemi du pharmacien, il ne saurait méconnaître les progrès que l'art médical doit aux travaux et aux découvertes du vrai praticien ; il rend justice à son savoir et à son désintéressement ; il voit en lui un auxiliaire précieux dans sa lutte journalière contre la maladie, mais nous regrettons de ne rencontrer trop souvent, au lieu d'un homme dévoué et laborieux, qu'un commerçant vulgaire qui abrite derrière son titre, l'exploitation sans pudeur du malade, de sa crédulité, de son désir si naturel et si impérieux de trouver soulagement sinon guérison aux maux qui l'accablent.

Nous ne saurions trop le répéter, le pire ennemi de la pharmacie, le véritable auteur du discrédit où cette profession est tombée, c'est le pharmacien dégénéré, le pharmacien commerçant, le pharmacien

indigne du diplôme qui est trop facile à obtenir aujourd'hui, et nous ne sommes qu'un écho, lorsque nous maintenons que la pharmacie agonise et que c'est le mercantilisme, l'indignité et le charlatanisme de quelques-uns de ses représentants qui l'étouffent.

L'Etat n'est pas chargé de rendre prospères toutes les branches du travail national, mais il peut beaucoup en réglementant certaines professions. La pharmacie est de ce nombre et nous attendons plus peut-être que les pharmaciens une bonne loi qui les défende contre eux-mêmes. L'obtention du diplôme de pharmacien doit être entourée de difficultés scientifiques ; car, il n'y a pas à s'y méprendre, les progrès que la médecine a réalisés en anatomie pathologique ne sont pas faits pour activer le débit des remèdes ; on est revenu de la polypharmacie surannée du vieux temps, et pour que la pharmacie puisse redevenir prospère, il faut d'abord que le nombre des apothicaires diminue sensiblement.

Le service militaire et les médecins civils.

Monsieur et très honoré confrère,

Je prends la liberté de demander l'hospitalité de votre excellent journal le *Concours médical*, dont je suis un des premiers abonnés, pour traiter une question qui sort du cadre des idées défendues par le journal, mais qui n'en intéresse pas moins une bonne partie de ses lecteurs.

Je veux parler de la situation du médecin civil, immatriculé dans un régiment ou dans un service hospitalier militaire, qui, par le temps qui court, peut être, du soir au lendemain, appelé à quitter sa clientèle pour prendre le costume militaire. Je n'exagérerai pas, je crois, en avançant que sur 3000 adhérents au *Concours médical*, un mille au moins a dans sa poche une lettre de service de médecin aide-major de 2e classe.

Les titulaires de ce grade comme les officiers de compagnie de leur classe passent successivement de la réserve de l'armée active dans l'armée territoriale, mais moins favorisés que leurs camarades qui sont dans le rang, ils conservent toujours le même grade. Un sous-lieutenant de réserve en passant dans la territoriale y arrive ordinairement, sinon toujours, avec un grade supérieur à celui qu'il avait dans la réserve. Le médecin aide-major de 2e classe, lui, conserve toujours le même grade et ne peut compter ni sur le choix ni sur l'ancienneté pour acquérir un deuxième galon. Médecin aide-major de 2e classe, il est, et, médecin aide-major de 2e classe, il restera. Il aura beau exercer la médecine civile pendant 15 ou 20 ans avec tout le dévouement et toute la science dont il est capable, il restera l'égal du jeune médecin militaire sortant du Val-de-Grâce. Il aura beau répondre aux appels, faire ses 28 ou 13 jours, son avancement sera toujours lettre morte ; et si jamais une mobilisation arrive, on verra de vieux médecins, usés par les fatigues d'une pratique journalière, dirigés, commandés par de jeunes médecins sortis à peine de l'Ecole.

Pourquoi les médecins ne bénéficient-ils pas du droit à l'avancement que donne l'ancienneté ou le choix ?

Pourquoi deux poids et deux mesures pour les officiers et les médecins de l'armée territoriale ?

Il y a dans la loi militaire ou son application une injustice flagrante dont nous sommes victimes et que je me permets de soumettre à votre appréciation.

Dr X,
Médecin aide-major de 2e classe,
au 201e territorial, ayant
18 ans de grade.

TRAVAUX ORIGINAUX

Prophylaxie et nouveau traitement de la fièvre typhoïde

Par le Dr Latapie.

I.

M. Noël Guéneau de Mussy, dans le tome 3 de sa clinique médicale, M. Vallin dans divers mémoires, ont étudié les mesures prophylactiques à prendre contre la fièvre typhoïde. Je ne ferai à ces auteurs qu'un reproche, c'est d'émettre trop de préceptes, de trop multiplier les prescriptions et de les rendre ainsi d'une application difficile. Il me semble qu'il vaut mieux se borner à quelques principes simples et clairs, dont l'application puisse se faire dans les conditions ordinaires.

Je diviserai les moyens prophylactiques contre la fièvre typhoïde en deux classes : 1re Classe. *Mesures d'ordre général et permanentes* ; 2e Classe. *Mesures individuelles prises spécialement lorsqu'un cas se déclare.*

1re Classe.

S'il est vrai que la fièvre typhoïde résulte ordinairement de l'ingestion d'un principe toxique contenu dans l'eau qui nous sert de boisson, s'il est vrai que ce principe est un ferment nourri dans les déjections des typhiques et porté par une voie quelconque jusqu'à l'eau que nous buvons (1), il nous sera permis, en connaissance de cause et avec des chances de succès, de formuler des prescriptions prophylactiques.

Le vrai moyen pratique, le seul efficace, de sauvegarder la santé publique contre la dothiénentérie, sera de donner partout aux populations de l'eau pure, saine, où rien ne puisse se trouver de suspect, et depuis longtemps on sait que l'eau des bonnes sources remplit seule ces conditions rigoureuses. Que toutes les municipalités mettent donc leur honneur à procurer à leurs administrés de l'eau de source, libéralement distribuée dans des fontaines bien accessibles, que ces sources soient choisies et captées avec soin, et surtout qu'on ne tolère dans un certain périmètre autour du point d'émergence ni fumier, ni matières en décomposition.

Voilà une prescription capitale, qu'il appartient aux pouvoirs publics d'édicter et de surveiller. On objectera les dépenses énormes d'un tel projet, mais la question d'argent est secondaire ici.

Un économiste américain a calculé qu'en moyenne un homme, à 20 ans, représente un capital de 20.000 francs ; à ce compte, les 6,000 décès annuels causés par notre endémie représenteraient 120 millions. Même en raisonnant au point de vue écono-

(1) Les travaux récents de MM. Chantemesse et Vidal, dont nous avons récemment entretenu nos lecteurs, ont désormais prouvé l'existence du microbe pathogène et fixé ses caractères spécifiques. (N. de la R.)

mique, on voit qu'il est de l'intérêt du pays de dépenser tous les millions nécessaires pour sauvegarder tant d'existences précieuses moissonnées sous nos yeux.

Proscrivons donc, toutes les fois que nous le pourrons, l'eau de rivière ; innocente pendant un temps plus ou moins long, elle devient un beau jour empoisonnée sans que rien l'indique, et le mal éclate. Si l'on ne peut pas fermer tous les puits, du moins que, sous aucun prétexte, on ne laisse dans leur voisinage ni fosse ni fumier.

Si les épidémies d'une certaine intensité sont dues à l'infection spécifique de l'eau qui nous sert de boisson, les cas isolés, sporadiques, qu'on observe tout le long de l'année dans les grandes villes, ne sont peut-être pas tous engendrés de cette façon : l'air, dans certaines circonstances, peut probablement servir de véhicule au germe ; les choses se passent alors comme pour la variole, la diphthérie, l'impaludisme, etc.

Pour se prémunir contre ces émanations, il faut faire disparaître les foyers qui les produisent, les fosses d'aisances presque partout si défectueuses, les matières en décomposition qui séjournent trop longtemps dans les rues ou dans l'intérieur des maisons. Je ne puis pas traiter ici la question des vidanges, mais il faut espérer que les efforts combinés des médecins et des ingénieurs en trouveront bientôt une solution convenable.

Dans les campagnes, l'administration ne peut pas avoir les mêmes exigences que dans les villes. Cependant, on peut veiller à ce qu'il n'y ait point dans les cours des eaux croupissantes, on peut interdire de laisser le fumier sous les fenêtres, et surtout dans le voisinage d'un puits.

Ces prohibitions n'ont rien de trop rigoureux, cela n'est pas au-dessus des exigences qu'on peut montrer pour la santé publique et on trouverait aisément dans nos codes des lois beaucoup plus gênantes, et qui n'ont pas la même utilité.

Donc, pour nous résumer, deux grandes mesures d'ordre général : 1° l'eau de source dans toutes les communes ; — 2° règlements publics pour l'établissement des fosses d'aisances, pour l'enlèvement des vidanges et des ordures de tout genre.

2e Classe.

Lorsqu'un médecin est appelé auprès d'un malade atteint de fièvre typhoïde, son premier soin doit être non seulement d'instituer un traitement convenable, mais d'indiquer aussi toutes les précautions à prendre en vue de préserver soit les autres membres de la famille, soit les voisins.

Les personnes qui donnent des soins au malade doivent se laver les mains et les ongles à l'eau chaude et au savon chaque fois qu'elles ont touché son corps, changé son linge ou enlevé le bassin.

On s'inquiétera de savoir quelle a été l'origine de la contagion, pour la faire disparaître, si c'est possible.

Le malade sera placé dans une chambre isolée, bien aérée, et des personnes au-dessus de 40 ans seront seules chargées de lui donner des soins.

On mettra sous le malade, par-dessus le drap de lit, des linges qu'on changera tous les jours, et ces linges, aussitôt qu'ils seront enlevés, seront plongés dans l'eau *bouillante*.

Des lotions vinaigrées sur toute la surface du corps, mais particulièrement dans les parties voisines du fondement, seront utiles comme antiseptiques.

Les vases destinés à recevoir les déjections renfermeront une solution de chlorure de zinc, à 2 %, et à la campagne on fera enfouir profondément et sans retard les déjections.

Il faut reconnaître que ces mesures, pourtant si simples, seront inapplicables dans les familles nombreuses, dénuées de ressources, qui n'ont à leur disposition qu'une chambre unique. Alors si le malade, pour une raison ou pour une autre, ne peut être envoyé dans un hôpital, on se bornera aux lotions vinaigrées, et on recommandera de ne laisser jamais séjourner les déjections dans la chambre.

II

En attendant que les progrès de l'hygiène publique et privée amènent la disparition de la fièvre typhoïde, le médecin se trouvera pendant bien longtemps encore appelé à la traiter.

Je me garderai de passer en revue les divers traitements institués depuis la naissance de la médecine ; cela ne serait ici d'aucune utilité. Je me contenterai d'indiquer brièvement le traitement qui semble mériter en ce moment la préférence.

Quelquefois, au début du mal, mais toujours avec réserve et dans des cas rares, des émissions sanguines locales ou générales ; un léger purgatif tous les deux ou trois jours, des lavements dans l'intervalle ; une diète absolue pendant la première semaine, dont on se relâche ensuite pour donner de légers potages, jusqu'à ce que la défervescence se produise, et alors seulement revenir par degrés à une alimentation convenable.

Des lotions vinaigrées froides, avec la précaution d'essuyer de suite et complètement le malade, apportent souvent un grand soulagement ; les bains tièdes sont aussi fort utiles, pour combattre une chaleur exagérée, l'hyperthermie, comme on dit, aujourd'hui, et l'agitation qu'elle amène. Mais, au moins comme traitement ordinaire, il faut proscrire les bains froids, et n'y recourir que pour certains cas particuliers, pour des cas de surexcitation cérébrale, par exemple, où ils semblent indiqués, de la même façon que dans les cas de rhumatisme cérébral ; là un danger pressant réclame une action puissante ; seulement, ce sera toujours un remède exceptionnel ; car ils n'ont jamais abrégé la maladie, quoi qu'en dise Brand, et leurs inconvénients sautent aux yeux (1).

S'il y a des phénomènes intermittents, on donnera de 30 à 40 centigrammes de quinine par jour.

Mais en voilà assez sur un traitement exposé dans tous les traités classiques (2).

Avec ce traitement, la maladie parcourt toutes ses périodes, ayant une durée minimum de 20 jours dans les cas légers, plus longue dans les cas graves, et il ne semble pas qu'on puisse l'abréger.

Une expérience aujourd'hui plusieurs fois séculai-

(1) Nous ne pouvons nous associer complètement à l'opinion de notre confrère. Il est incontestable que la méthode de Brand vulgarisée en France par M. Glénard, a réalisé un très grand progrès dans le traitement de la dothiénentérie, ainsi qu'il est facile de s'en convaincre par la lecture du livre de MM. Tripier et Bouveret. (La fièvre typhoïde traitée par les bains froids 1885). (N. de la R.)

(2) Nous avons fait connaître en 1886, et nous rappelons aujourd'hui le traitement de la fièvre typhoïde par la méthode de M. Bouchard et plusieurs autres qui prouvent que les traités classiques ne donnent pas le dernier mot du traitement. (N. de la R.)

re, poursuivie dans des contrées diverses par les praticiens les plus éminents, démontre que, jusqu'ici du moins, nous sommes à peu près impuissants contre le fond même de la maladie ; c'est en vain que désinfectants ou antiseptiques, antipériodiques ou défervescents, tous les agents presque de la matière médicale ont été successivement essayés, nous n'en sommes pas plus avancés, et désormais il semble que le rôle du médecin vis-à-vis de cette affection soit simplement celui d'un pilote, plus ou moins habile, chargé de conduire au port, par une route toujours longue et semée d'écueils, le vaisseau qui lui est confié.

Ainsi c'est une opinion universellement acceptée de nos jours que la fièvre typhoïde est une maladie cyclique, c'est-à-dire une maladie qu'on ne peut pas juguler, dont le cours ne peut pas être arrêté, semblable encore en cela à la variole.

Et néanmoins je ne crains pas de me demander encore si la dothiénentérie est réellement inattaquable, si la médecine doit se résigner à cette impuissance.

Pour moi, je ne puis pas le croire.

On est resté bien longtemps désarmé devant les fièvres intermittentes ; un beau jour, le quinquina nous en a fait les maîtres ; et pour une maladie bien vulgaire, mais qui avait parfois sa gravité, pour la gale, combien la situation du médecin est meilleure aujourd'hui qu'il y a cent ans ?

Il n'est nullement impossible que, par un progrès du même genre, un spécifique soit tôt ou tard découvert contre la dothiénentérie : nous savons que la dothiénentérie est le résultat de la présence d'un microbe dans l'organisme.

Or certains microbes sont vis-à-vis de substances déterminées d'une sensibilité extrême. Les cultures de certains champignons microscopiques prouvent que des modifications infinitésimales dans les milieux de culture ont une influence énorme sur l'activité de ces champignons. M. Raulin (Travailleurs et Malfaiteurs microscopiques, par Aristide Rey, page 193) a pu préciser le groupement des substances nécessaires à l'Aspergillus niger, plante relativement supérieure, et il a trouvé qu'il lui faut, sans compter l'air atmosphérique, dix substances différentes dissoutes dans l'eau et en proportions bien définies. Que l'on supprime l'une d'elles, le zinc par exemple, qui entre dans le liquide pour 1/50,000, et la mucédinée dépérit. D'autre part ajoutez au liquide une dose homœopathique de sel d'argent, 1/1,600,000 de nitrate d'argent, et la végétation s'arrête brusquement. Mieux encore, placez la petite plante dans un vase d'argent, et alors que la chimie est impuissante à découvrir dans le liquide nourricier la moindre trace de métal, l'aspergillus meurt.

Bien que ces considérations générales ne soient point de nature à décourager ceux qui se lancent à la recherche de spécifiques, ce n'est pas à la poursuite d'une pareille médication que je marche ici.

Au lieu d'attendre d'un hasard favorable la connaissance d'un remède qui soit à la fièvre typhoïde ce que le mercure est à la syphilis (1), j'aime mieux attaquer cette maladie d'une autre façon, et pour en faire le siège, si on me permet cette comparaison, je veux suivre une voie différente de celle qu'on a suivie jusqu'ici.

(1) Diverses raisons donnent lieu de penser que le sulfate de quinine joue à certains égards presque le rôle d'un spécifique dans le traitement de la fièvre typhoïde. (Note de la R.)

Par un certain point la fièvre typhoïde se rapproche de la pustule maligne et de la syphilis, en ce sens qu'elle présente comme ces deux affections ce que l'on peut appeler des lésions initiales et infectieuses, c'est-à-dire des lésions caractéristiques de l'espèce morbide, par où le microbe pénètre dans l'économie, et que ces lésions spécifiques ne sont autre chose que les altérations si souvent décrites des glandes de Peyer (1).

De cette parenté nosologique, assise sur des bases solides, nous avons à tirer les déductions qu'elle comporte pour le traitement. Puisque dans les maladies infectieuses à lésions initiales, le traitement local et direct de ces lésions est à la fois le plus rationnel, et le seul dont l'expérience démontre l'efficacité réelle, notre chemin est tout tracé.

Au lieu de nous obstiner à la recherche d'un traitement général, qui semble fuir sans cesse devant nous, nous devons nous adresser au siège primitif de l'infection, à ce foyer intestinal dont les funestes irradiations menacent de tarir les sources de la vie. C'est dans l'endroit où s'élabore le poison, qu'il faut, à tout prix porter le remède qui doit le neutraliser, ou empêcher sa fonction, sans quoi nos efforts seront vains.

Compter sur les modifications qu'un médicament absorbé par les voies ordinaires imprime à la masse sanguine pour agir secondairement sur le microbe, c'est tout au moins prendre un chemin détourné et semé d'obstacles. Croire encore qu'un remède, après avoir traversé à peu près tout le tube digestif, où il ne peut rien faire que subir des altérations plus ou moins profondes (2), arrivera sur les glandes de Peyer avec une puissance neutralisante suffisante, me paraît aussi une illusion, et l'expérience le prouve ; il faut une application plus rapprochée et plus soutenue, plus directe du remède.

Le professeur Lépine (de Lyon) a proposé de combattre la pneumonie par des injections antiseptiques poussées dans le parenchyme pulmonaire. La Société médicale des hôpitaux de Paris, dans sa séance du 8 janvier 1886, a entendu le récit des observations de M. Gouguenheim, qui dirige contre les lésions de la tuberculose pulmonaire des injections intra-thoraciques de sublimé.

Il ne m'appartient pas ici d'apprécier et de juger ces essais ; mais il me sera permis sans doute d'y chercher un appui.

Il est évidemment plus facile d'atteindre les glandes de Peyer que telle ou telle partie des lobes pulmonaires, et de porter une injection antiseptique dans la cavité de l'iléon que dans l'intérieur de la poitrine, et incontestablement le danger est moindre. Avec une seringue de Pravaz, munie d'une aiguille un peu longue, l'opération sera dépourvue de péril ; ce qui peut arriver de pire, c'est que l'injection se répande dans le péritoine, au lieu de pénétrer dans l'intestin grêle, mais les suites de ce contre-temps ne seront nullement dangereuses, vu la faible quantité de liquide injectée.

Voici, selon moi, le procédé opératoire à suivre :

Un aide comprimant latéralement l'abdomen, de façon à faire proéminer les anses intestinales, on marque à droite de la ligne blanche, et un peu au-dessus d'une ligne tirée entre les deux épines ilia-

(1) Nous laissons à notre confrère toute la responsabilité de sa théorie pathogénique. (N. de la R.)

(2) Cette objection ne peut être faite à la méthode d'antisepsie intestinale basée sur l'emploi des antiseptiques insolubles (naphtaline, iodoforme, salicylate de bismuth) et formulée par M. Bouchard. (N. de la R.)

ques supérieures, le point de plus grande sonorité ; c'est en ce point qu'on enfonce le trocart capillaire, et l'on pousse 5 grammes d'une des solutions suivantes :

1° Eau oxygénée, qui semble jusqu'ici le plus puissant des antiseptiques.

2° Liqueur de Van Swieten, étendue de deux fois son poids d'eau distillée ; 5 grammes d'injection renfermant ainsi près de *deux* milligrammes de sublimé.

3° Sulfure de carbone, dissous dans cent fois son poids d'eau.

4° Teinture d'iode, 10 grammes, iodure de potassium 1 gramme, eau distillée 100 grammes. Chaque injection renfermera environ 3 centigrammes de teinture.

A l'expérience de montrer quelle est, de ces liqueurs antiseptiques, ou de celles qu'on pourra formuler encore, la plus favorable dans l'espèce.

Une injection de cette nature, pratiquée régulièrement pendant plusieurs jours de suite, baignant tout le périmètre envahi par les microbes, permettant aux tissus qui entourent le foyer morbide de s'imbiber de ce liquide antiseptique avant qu'il ne soit absorbé, ne peut manquer d'exercer une certaine influence sur les phénomènes ; dans les glandes de Peyer l'activité des microbes sera affaiblie, s'ils ne sont pas frappés de mort ; on crée autour d'eux une atmosphère qui les empoisonne, et par une conséquence nécessaire, la fièvre sera atténuée, peut-être jugulée.

Je ne soutiens pas, je ne veux pas même avoir l'air de croire que nous obtiendrons contre les lésions dothiénenthériques des succès aussi constants, aussi prompts, aussi décisifs que contre les manifestations de la gale : notre action sera sous tous les rapports plus difficile, plus incertaine ; nous sommes moins bien placés, et les effets seront moins complets ; mais qui osera affirmer que notre intervention sera inutile ?

Dans les conditions actuelles, la durée moyenne de la fièvre typhoïde est de 40 jours, sa mortalité du dixième. Si le traitement que je propose réduit la durée moyenne à 15 ou 20 jours, la mortalité au trentième, je ne regretterai pas ma peine, et il vaut qu'on le fasse connaître.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Union des Syndicats médicaux de Seine-et-Oise.

Procès-verbal de la première réunion.

Le 13 février 1887 à 4 heures, les Bureaux de tous les Syndicats du Département de Seine-et-Oise, se sont réunis à Paris, sur la convocation du Syndicat de l'arrondissement de Corbeil.

Etaient présents :

1° Pour le Syndicat de l'Arrondissement de Corbeil:
Dr Ladmiral, Vice-Président (Corbeil)
Dr Surbled, Secrétaire (Corbeil)
Dr Pepin (Corbeil)

2° Pour le Syndicat de l'Arrondissement de Pontoise
Dr Leroy, Président (Villiers-le-Bel)
Dr Bibard, Vice-Président (Pontoise)
Dr Rousseau, Secrétaire (Montsoult)
Dr Paret, (Pontoise)

3° Pour le Syndicat du Vexin :
Dr Gautier, Président (Magny)
Dr Jagu, Secrétaire (Gisors)

4° Pour le Syndicat de Rambouillet
Dr Diard, Président (Rambouillet)
Dr Sergeant, Vice-Président (Neauphle)
Dr Barbelet, Secrétaire (Dourdan)
Dr de Fourmestraux (Trappes)

5° Pour l'Arrondissement d'Etampes :
Dr Pasturaud, Président (Etampes)
Dr Razin, Vice-Président (Etampes)
Dr Vivier, Secrétaire (Chalo-Saint-Mard)
Dr Merle,

Par un oubli fâcheux, les Membres du Syndicat de Versailles n'ont pas été convoqués. Leur absence a été vivement regrettée de tous les médecins présents qui ont décidé d'adresser l'expression de leurs regrets à leurs confrères de Versailles et de la consigner au procès-verbal de la séance.

La séance est ouverte à 4 h. 1/2. L'Assemblée nomme Président de cette réunion le Dr Leroy (Villiers-le-Bel), Secrétaire, le Dr Rousseau (Montsoult).

Le principe de l'union des Syndicats du Département est adopté à l'unanimité et sans discussion.

Pour fonder cette union, l'assemblée prend successivement les résolutions suivantes :

a) Les Syndicats seront représentés à l'union des Syndicats du département de Seine-et-Oise par leurs bureaux respectifs.

b) Les médecins ne faisant pas partie des bureaux qui voudront bien assister aux réunions, y seront admis ; mais ils n'auront voix délibérative que si le bureau de leur Syndicat est incomplètement représenté.

c) Il y aura une réunion par an.

d) La prochaine réunion est fixée au dernier dimanche de mai 1887.

e) Aucune cotisation fixe n'est exigée. Les dépenses faites par l'Union des Syndicats seront partagées entre les Syndicats.

L'assemblée aborde ensuite la question du service médical gratuit.

Un intéressant échange d'observations démontre amplement que l'organisation du service médical des indigents laisse beaucoup à désirer, qu'il n'y a aucune règle fixe, et qu'une réorganisation complète de ce service s'impose. En conséquence, les médecins de Seine-et-Oise, considérant que dans sa dernière circulaire M. le Préfet annonce la constitution d'une commission d'étude chargée de réorganiser l'Assistance publique, donnent mandat aux délégués qu'ils éliront pour faire partie de cette commission, de faire adopter, si cela est possible les principes suivants :

1° L'assistance médicale à donner aux indigents est une charge essentiellement communale.

2° Le mode de paiement des honoraires tel qu'il est pratiqué actuellement, n'est pas équitable.

3° Chaque commune devra payer intégralement les visites faites à ses indigents, avec une réduction de 50 0/0 sur les prix ordinaires adoptés pour cette commune.

4° Dans le cas où ils ne pourraient faire accepter ce mode de paiement, les Délégués des médecins de Seine-et-Oise s'efforceront de faire prévaloir le prin-

cipe de l'abonnement par tête et par année. Un prix d'abonnement minimum, le même pour le département, sera fixé pour les communes dans lesquelles il y aura un ou plusieurs médecins résidents.

5° Pour les communes qui n'auront pas de médecins, le prix de l'abonnement sera augmenté d'un tant par kilomètre, eu égard à la distance du médecin le plus rapproché.

6° Les pauvres seront libres de choisir leur médecin parmi ceux qui visitent leur commune.

7° En cas d'insuffisance des ressources communales, les fonds votés actuellement par le conseil général pour les médecins seront répartis entre les communes.

8° Dans les communes et villes la liste des indigents admis au service médical gratuit, sera dressée avec le concours des médecins et communiquée à tous. Aucune commune ne pourra se soustraire à cette obligation.

L'ordre du jour appelle la discussion sur le service d'inspection des enfants en nourrice.

L'Union des médecins syndiqués de Seine-et-Oise, considérant que le service départemental d'inspection des enfants est très insuffisamment rétribué, surtout quand on le compare à celui qui fonctionne en Seine-et-Marne à la satisfaction de tous.

Considérant que les dernières instructions préfectorales concernant les Livrets sont inapplicables, et ne tiennent pas compte de la conscience et de la dignité du corps médical.

Considérant que les circonscriptions médicales, fixées il y a longtemps, ne sont plus en rapport avec les clientèles présentes et qu'il y a lieu de les reviser.

Donne mandat à leurs délégués de demander :

1° Que le carnet de Visites soit supprimé, et que les visites soient marquées seulement sur le livret de la nourrice.

2° Que tous les médecins soient appelés à faire partie du service d'Inspections, chacun dans sa clientèle.

3° Que les visites soient payées d'après le tarif adopté en Seine-et-Marne, c'est-à-dire 2 fr. pour la première visite et 1 fr. pour chacune des visites mensuelles suivantes, plus 0 fr. 75 pour frais de déplacement.

4° Que le paiement ait lieu à des termes réguliers.

Dr Leroy. Dr Rousseau.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Boussumier, à Blain (Loire-Inférieure), présenté par le docteur Saquet, de Blain.

M. le Dr Jaco, à Guipavas, présenté par le docteur Guyader, de Brest.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Prescriptions contre la diatèse urique.

(Pierre Vigier).

Lorsque la goutte s'est compliquée de coliques néphrétiques, il paraît avantageux de remplacer le carbonate par du benzoate de lithine. On formulera dès lors comme il suit :

Benzoate de lithine........ 10 grammes
Extrait de gentiane........ 7 grammes

Mêlez et divisez en 100 pilules. A prendre deux pilules par jour, une le matin et une le soir.

S'il y a goutte chronique avec tophus au niveau des articulations, l'iodure de potassium ou de sodium sera associé à la lithine et l'on aura dès lors les formules suivantes :

Carbonate de lithine...... 10 grammes
Iodure de sodium sec...... 10 grammes
Extrait de gentiane....... 1 gr. 50 centigrammes
Poudre de gomme........ 1 gr. 50 centigrammes
Poudre de réglisse........ 6 gr. 50 centigrammes

Mêlez, pistez et divisez en 100 pilules égales que l'on conserve dans un flacon bouché. Une pilule à chaque repas.

Carbonate de lithine...... 10 grammes
Iodure de potassium....... 10 grammes
Poudre de gomme........ 1 gr. 50 centigrammes
Extrait de gentiane....... 4 gr. 50 centigrammes

Mêlez, pistez et divisez en 100 pilules comme les précédentes. Une pilule à chaque repas.

L'iodure de sodium étant déliquescent, la poudre de réglisse, inutile dans la deuxième formule, est indispensable pour la première.

NOUVELLES

Par arrêté de M. le préfet de police, en date du 3 mars courant, M. le Dr Leboucq et M. le Dr Destrem sont nommés membres de la Commission d'hygiène publique et de salubrité du 15e arrondissement, en remplacement de MM. Fuilhan, décédé, et Gendron, démissionnaire.

— Scandale à Nantes : trois candidats ont concouru pour une place de médecin adjoint des hôpitaux: MM. Leduc, Ollive et Pérochaud. Les médecins et étudiants qui avaient suivi les épreuves ont cru remarquer que le jury n'était pas d'une impartialité absolue. Aussi, quand on a proclamé le classement des candidats dans l'ordre suivant : MM. Ollive, Pérochaud et Leduc, de nombreux sifflets se sont fait entendre ainsi que les cris de : « A bas le jury ! Vive Leduc ! A bas Ollive ! »

— L'épidémie cholérique qui avait fait explosion à Catane paraît en voie de décroissance.

— M. Bouchard, professeur de pathologie et thérapeutique générales à la Faculté de médecine de Paris, est nommé membre du Comité consultatif de l'enseignement public (1re section), en remplacement de M. Béclar, décédé.

— M. Faillet, membre du conseil municipal de Paris, a déposé une proposition tendant à ce que :

« Les écoles seront pourvues chacune d'une petite pharmacie portative, avec accessoires pour les pansements. »

Faculté de médecine de Paris. — *Rétablissement du droit des Inscriptions.* — A partir du 1er avril 1887, les étudiants inscrits dans les Facultés et dans les Ecoles d'enseignement supérieur de l'Etat, seront soumis à un droit d'inscription de 30 fr. par trimestre. Sont dispensés de ce droit, les boursiers ; peuvent, en outre, en être dispensés, un dixième des étudiants astreints au droit d'inscription. Les étudiants inscrits dans les Facultés de médecine, les Ecoles de médecine et les Ecoles supérieures de pharmacie, peuvent, sans acquitter de nouveaux droits, se faire inscrire dans les Facultés des Sciences. Un décret rendu en la forme de règlement d'administration publique, après avis du Conseil supérieur de l'instruction publique, déterminera les formes suivant lesquelles les dispenses du droit d'inscription seront accordées. Le même règlement fixera les dates des versements des droits de bibliothèque, de travaux pratiques et d'inscription. — A partir du 1er avril 1887, les inscriptions du troisième trimestre de l'année scolaire 1886-87 ne peuvent être prises dans aucune Faculté ou Ecole d'enseignement supérieur avant une date qui sera fixée plus tard.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André, 3

Neuvième année | N° 13 | 26 Mars 1887

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

Les réformes du service de santé de la marine.

Nous avons parlé, il y a un an, d'un décret de l'amiral Aube qui avait modifié l'organisation du corps de santé de la marine, supprimé le grade d'inspecteur général, rendu plus difficiles les conditions d'avancement des médecins professeurs, et imposé à ceux-ci des conditions de navigation dans chaque grade.

Il paraît que, depuis ce décret, les démissions et les retraites anticipées des médecins de la marine ont été plus nombreuses que jamais. Cependant, une commission nommée par la Chambre des députés a été saisie de plusieurs projets de loi concernant les cadres de la marine. L'un de ces projets émane des bureaux du ministère et aurait pour but de consacrer le système du décret ; la commission parlementaire l'a écarté, et voici les résolutions auxquelles elle s'est arrêtée, en prenant pour base un amendement de M. Georges Roche, député de la Charente-Inférieure.

Elle a maintenu l'inspecteur général et fixé les effectifs aux chiffres suivants :

Personnel enseignant : Directeurs 3 ; Médecins en chef professeurs 10 ; Pharmaciens en chefs professeurs 3 ; Médecins professeurs 15 ; Pharmaciens professeurs 3 ;

Service général : Directeurs 3 ; Médecins en chef 18 ; Pharmaciens en chef 2 ; Médecins principaux 70 ; Pharmaciens principaux 4 ; Médecins de 1re classe 220 ; Médecins de 2e classe 240 ; Pharmaciens de 1re classe 16 ; Pharmaciens de 2e classe 16.

La commission s'est réservé la faculté de diviser le grade de médecin professeur et de médecin principal en deux classes : la première assimilée aux lieutenants-colonels, la deuxième aux chefs de bataillon.

La commission admet, si les besoins du service l'exigent, la création de médecins auxiliaires pourvus de diplômes de docteurs. A ces derniers, elle adjoindrait des officiers de santé avec la réserve qu'ils ne seraient employés qu'en sous-ordre.

La direction de la santé publique.

Il paraît que la commission nommée pour étudier la question de la centralisation des services de la santé publique a entendu le président du conseil. M. Goblet reconnaît qu'il serait avantageux de réunir sous une même direction ou sous un même ministère les services actuellement répartis, disons mieux, éparpillés entre six ministères. Mais M. Goblet ne pense pas qu'on puisse obtenir pour 1888 le crédit de 105,000 fr. nécessaire à la création de ce ministère ; l'état des finances ne permettrait pas de faire peser cette nouvelle charge sur les contribuables. Cela est certainement fâcheux ; car les progrès si remarquables accomplis quotidiennement par les médecins et les savants qui se sont voués à l'étude de l'hygiène, de la médecine publique, de la police sanitaire ne porteront leurs fruits que s'ils peuvent être appliqués par une direction autonome et responsable de la santé publique.

Diagnostic des paralysies de la 3e paire d'origine tabétique ou syphilitique.

M. le professeur Fournier a consacré à cette question d'un intérêt pratique indubitable de récentes cliniques, que son chef de clinique, M. Morel-Lavallée, a publiées dans le *Bulletin médical*.

Reconnaître et diagnostiquer une paralysie de la 3e paire ne suffit pas cliniquement, il faut en rechercher la signification. On peut l'observer dans la diphthérie, la méningite, tuberculeuse ou non, les tumeurs cérébrales, l'encéphalite, le tabes, la sclérose en plaques, les traumatismes, l'hystérie, les anévrysmes, etc., etc.

Mais c'est à coup sûr la syphilis qui tient le premier rang dans l'étiologie. Le mot de Ricord est

toujours vrai : « Les paralysies oculaires, et nolamment une paralysic du moteur oculaire commun, c'est en quelque sorte la signature de la vérole sur l'œil d'un malade. » Toutefois, de ce qu'on constate une paralysie de la 3e paire chez un syphilitique, il ne s'ensuit pas nécessairement qu'elle soit sous la dépendance directe de la syphilis, même lorsqu'elle guérit concurremment à l'administration du mercure ; nombre de paralysies oculaires qu'on rattachait autrefois à la syphilis et qu'on croyait guérir par le traitement spécifique, ne sont rien autre que des paralysies tabétiques qui guérissent toutes seules. Les paralysies oculaires de la période præataxique du tabes sont susceptibles de s'amender et même de disparaître sponte suâ. Par contre, elles résistent quelquefois obstinément au traitement spécifique.

Le problème diagnostique qui se pose en présence d'une paralysie du moteur oculaire commun comporte donc trois solutions, fort différentes au point de vue du pronostic.

S'agit-il d'une lésion limitée au tronc nerveux ? Le cas est alors bénin ; la paralysie dût-elle rester incurable, il n'en résultera jamais qu'un trouble fonctionnel, sans danger pour l'existence.

S'agit-il d'une syphilis cérébrale ? Le pronostic devient celui d'une affection grave, susceptible de compromettre, à brève échéance, la motilité, l'intelligence, la vie même.

S'agit-il du tabes ? Le pronostic est encore plus grave; car, alors même qu'il dérive d'une influence spécifique, le tabes n'obéit pas à la médication spécifique, comme les autres manifestations de la syphilis.

S'agit-il enfin d'une paralysie par simple lésion du tronc nerveux ou d'une paralysie symptomatique de syphilis cérébrale ? Le plus souvent, quelques symptômes concomitants d'autre nature éclaireront immédiatement la situation.

Certes, il est bien possible que des symptômes de paralysie oculaire, notamment de paralysie de la troisième paire, inaugurent la syphilis cérébrale, et cela en dehors de tout autre symptôme.

Mais ce sont là des cas rares, exceptionnels. Presque toujours les paralysies de la troisième paire, symptomatiques de lésions cérébrales, ont pour antécédents ou pour contemporains des symptômes d'une autre nature, tels que les suivants :

1° Céphalée, et souvent céphalée significative par le triple fait de son intensité, de sa durée, de son caractère nocturne;

2° Étourdissements, vertiges;

3° Troubles des sens (éblouissements, bourdonnements, etc.);

4° Troubles congestifs (ébranlements subits de l'équilibre ; sensations passagères de perte d'aplomb ; ictus avortés) ;

5° Quelquefois aussi troubles intellectuels ; certaine défaillance des facultés ; aptitude moindre au travail ; affaiblissement de la mémoire ;

Sans parler même d'autres grands phénomènes bien autrement significatifs qui, eux, font la lumière immédiatement sur l'invasion d'une encéphalopathie, tels que : crises épileptiformes, crises d'aphasie, parésies, paralysies d'un membre, hémiplégie, etc.

Si ces symptômes existent, si concurremment avec la paralysie oculaire vous constatez tels ou tels des symptômes que je viens d'énumérer, de toute évidence la paralysie oculaire relève d'une syphilis cérébrale.

Que si, inversement, tous ces symptômes font défaut, il y a toutes chances pour qu'il ne s'agisse que d'une paralysie par lésion du nerf.

Voici maintenant les éléments du diagnostic différentiel entre les paralysies symptomatiques d'une lésion du tronc nerveux autre que les lésions syphilitiques et les paralysies du tabes.

Les paralysies du tabes sont presque toujours dissociées, partielles, voire parcellaires, n'intéressant que quelques-unes des branches du nerf ; elles intéressent même souvent la pupille d'une façon exclusive.

Elles se présentent souvent avec telle ou telle des particularités suivantes :

1° Persistance du réflexe accommodateur alors que le réflexe lumineux est aboli (signe d'Argyll Robertson). Tandis que, dans les autres paralysies de la 3e paire, on observe la mydriase avec immobilité complète de la pupille sous l'influence de ses excitants physiologiques, dans les paralysies tabétiques on constate habituellement que la pupille reste dilatée et immobile sous l'influence de la lumière, mais se rétrécit sous l'influence de l'accommodation, c'est-à-dire pour la vision des objets rapprochés.

2° Myosis, soit isolé, soit coïncidant avec la paralysie d'un muscle quelconque animé par la 3e paire ; l'existence de ce phénomène, opposé à ce que produit usuellement la paralysie de la 3e paire, n'est pas encore expliquée. On a bien dit qu'il était le résultat de l'excitation du centre moteur du sphincter irien, prélude d'une sclérose ultérieure ; mais cette explication ne s'applique guère aux cas dans lesquels on voit le myosis durer plus de sept ans.

Les paralysies tabétiques ont encore ce caractère d'être souvent *fugaces*, parfois éphémères, voire instantanées. L'entourage des malades voit ceux-ci loucher pendant quelques minutes seulement de temps en temps.

Elles sont, de plus, notablement sujettes à récidiver.

Enfin, elles guérissent souvent d'une façon *spontanée* et rapide.

Par contre, les paralysies par lésion du tronc nerveux sont généralement totales, n'offrent point les particularités relatives à l'accommodation — ni le myosis, — sont stables, durables ; — non sujettes à récidiver, — ne guérissent enfin qu'avec le secours du traitement spécifique et d'une façon lente, progressive.

Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de mercure.

M. Balzer a signalé (1) les résultats obtenus dans le traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de calomel. Le protochlorure de mercure, absorbé lentement et sûrement de cette façon, se transforme en bichlorure au contact des chlorures alcalins des humeurs, voilà le principe de la méthode. Elle a été d'abord essayée en Italie et en Allemagne; plusieurs médecins français l'expérimentent maintenant. On a redouté d'abord, non sans raison, les accidents inflammatoires qu'elle a causés quelquefois, mais des perfectionnements successifs l'ont rendue maintenant à peu près inoffensive. Elle est à coup sûr efficace. Les véhicules employés pour introduire le sel mercurique ont été d'abord la glycérine, l'eau salée

(1) Société médicale des hôpitaux.

La formule de Zeissl, l'un des premiers expérimentateurs, était :

Calomel à la vapeur.................. 5 grammes
Chlorure de sodium.................. 1 gr. 25 centigr.
Eau distillée.................. 50 grammes

M. Balzer emploie l'huile de vaseline, infiniment préférable parce qu'elle n'irrite aucunement les tissus. Comme sel mercurique il choisit en général le *calomel*, exceptionnellement l'oxyde jaune. La solution de calomel est de 5 centigrammes par gramme d'excipient. Il suffit de pratiquer à trois semaines d'intervalle quatre injections de 0,10 centigrammes de calomel chacune pour faire disparaître les accidents syphilitiques ; souvent trois ou même deux injections ont été suffisantes.

Les précautions à prendre sont de renouveler la solution pour chaque série d'injections, d'assurer l'antisepsie de la canule, de pousser l'injection perpendiculairement à la peau, sans y faire de pli, et de préférence dans la fossette rétro-trochantérienne; on ne doit ni comprimer, ni masser la boule d'œdème qui se forme au bout de quelque temps, deux ou trois jours, et qui, par suite de la réaction inflammatoire des tissus, atteint le volume d'une noix. La petite tumeur va ensuite en diminuant pour disparaître vers le douzième jour. Il est prudent, mais non indispensable, à la rigueur, que le malade garde le lit pour éviter les chocs tant que dure la tuméfaction.

Dans quelques cas, la réaction inflammatoire étant trop vive, la peau rougit, s'amincit, on perçoit de la fluctuation. Il ne faut pas inciser ; le pus se fait jour spontanément à travers le trajet suivi par l'aiguille, une partie s'évacue, le reste se résorbe. Ce pus est de couleur chocolat et ne contient pas de microbes. Les sujets adipeux sont plus prédisposés à ces abcès.

M. Balzer a, dans une première série, traité 107 malades des deux sexes ; il n'a eu que 15 abcès. Dans une seconde série, il n'a eu que 3 abcès sur 80 malades. En outre, 12 injections de bi-oxyde de mercure ont été faites sans aucun accident.

L'efficacité de ce traitement a été surtout manifeste contre des syphilis rebelles, avec accidents cérébraux tertiaires. L'évolution du chancre a été, dans un cas, très avantageusement modifiée.

Les autres avantages du traitement sont sa durée moindre, la certitude de l'absorption du médicament, une économie pour l'administration hospitalière, les malades n'ayant pas besoin de séjourner si longtemps à l'hôpital.

La même question a fait l'objet d'une discussion intéressante à la société de thérapeutique (9 février).

M. Bedoin, qui fait des injections hypodermiques de *sublimé* dans la syphilis, depuis huit ans, n'a pas observé les douleurs vives et persistantes, les accidents inflammatoires locaux qui ont été signalés par d'autres médecins.

La douleur des trois ou quatre premières injections n'est pas très vive et se transforme, au bout d'un quart d'heure à une demi-heure, en une sorte d'engourdissement diffus, qui s'éteint peu à peu. Il a soin d'enfoncer l'aiguille de Pravaz parallèlement sous la peau du dos, soulevée à l'aide d'un pli. Cette façon d'agir ne concorde pas avec l'opinion qui semble attribuer à la pénétration perpendiculaire et intramusculaire de l'aiguille le monopole des injections à peu près indolores et inoffensives.

M. Bedoin admet l'efficacité presque élective du traitement hypodermique dans les formes de syphilis où dominent les accidents tonsillaires et pharyngés et l'absence, ou tout au moins la très grande atténuation des phénomènes d'hydrargyrisme des voies digestives, notamment de la stomatite mercurielle.

M. *Martineau* a toujours continué de faire des injections de *peptones mercuriques*. Depuis six ans, il a traité environ six mille malades, soit une moyenne de mille par année. Qu'il s'agisse de syphilis grave ou bénigne, l'action curative est très rapide. Des syphilides papulo-hypertrophiques recouvrant la vulve et l'anus, ont été guéries en quinze jours ; des cas de syphilis lenticulaire et de syphilis pigmentaire du cou ont été nettoyés du 20e au 26e jour.

Mêmes résultats heureux pour la syphilis cérébrale et médullaire lorsqu'il n'existait pas, bien entendu, de lésions irrémédiables.

Lorsque les injections sont administrées en temps opportun, elles sont tolérées, même pendant la grossesse, et les enfants naissent souvent indemmes.

On a singulièrement exagéré l'action douloureuse de ces petites injections. Dans ses observations, M. Martineau a constaté des nodosités, de légers accidents, mais jamais le moindre phlegmon. On peut être tranquille, lorqu'on enfonce une aiguille en bon état, bien acérée, dans le tissu cellulaire profond, de chaque côté de la colonne vertébrale.

Il n'y a pas plus de cinq à six malades sur mille qui ne supportent pas ces injections. Mais, cette susceptibilité apparaît, même par l'eau simple et les solutions de morphine, chez les sujets à idiosyncrasie nerveuse ; ces exceptions ne sauraient infirmer les heureux résultats constatés d'autre part.

M. Martineau, satisfait de sa méthode, n'en changera que si la supériorité des procédés nouveaux lui est démontrée par des chiffres égaux à ceux qu'il a cités.

MM. *Constantin Paul* et *Dujardin-Beaumetz* ont donné leur approbation aux nouveaux procédés de traitement de la syphilis par injections hypodermiques.

A la dernière réunion de la Société centrale de l'Association générale, M. Lannelongue, président, a prononcé un discours dont certains passages prouvent que les hauts dignitaires de la profession médicale ne voient pas d'un œil hostile le mouvement de réforme et de fondations nouvelles qui caractérise ces dernières années et auquel nous avons largement contribué pour notre part.

« Il n'a été, a dit M. Lannelongue, soulevé dans l'association, depuis un an, aucune question d'une importance majeure. Cependant l'esprit est aux fondations nouvelles ; vous l'avez vu naguère par l'avènement des syndicats, et depuis par l'apparition des sociétés récentes, aussi respectables par les intentions de leurs fondateurs, que par le but qu'elles se proposent. Certes, ce n'est pas nous qui les considérerons comme des rivales ou comme pouvant créer un péril quelconque pour notre développement. Auraient-elles toutes des garanties de durée que le temps seul peut leur apporter, ce sont des alliées que nous saurons reconnaître et toujours apprécier ; leur existence ne saurait amener aucune perturbation chez nous, car le champ du bien est assez vaste pour que toutes les bonnes volontés puissent s'y exercer à l'aise

« Néanmoins, qu'on ne s'y trompe pas, l'idée mère de la plupart de ces associations, leurs principes, sont différents des nôtres. On y déploie de grands efforts pour assurer un droit de propriété que l'on cherche à étendre à la totalité de ses membres ;

mais cela n'est possible qu'à la condition de partir de sacrifices énormes, d'une première mise de fonds considérable ou d'un entretien de caisse souvent disproportionné aux moyens pécuniaires de beaucoup d'adhérents. »

Il est utile de reproduire ces constatations qui prouvent que les sociétés syndicales et fondations suscitées par le Concours médical ont une réelle valeur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 mars.

M. *Bergeron* a été élu *secrétaire perpétuel* à une voix de majorité contre M. *Jaccoud*.

MM. *Dubousquet-Laborderie* et *Baratoux* ont communiqué un mémoire sur **la greffe animale avec la peau de grenouille,** qui, ainsi que l'a montré Petersen, est très favorable à la transplantation en raison de sa grande vascularité et de l'absence de glandes.

Du traitement de la phthisie pulmonaire par les injections hypodermiques d'eucalyptol.

M. Ball. — Depuis un an, à la prière de M. Roussel (de Genève), j'ai entrepris dans mon service quelques recherches sur le traitement de la phthisie pulmonaire par les injections hypodermiques d'eucalyptol.

21 individus ont été soumis à ce traitement; sur ce nombre, 6 sont morts, 10 ont été améliorés et ont quitté l'hôpital, 5 sont encore en traitement. L'un de ces derniers, qui présentait jadis des bacilles tuberculeux dans les crachats, n'en a plus aujourd'hui.

D'une manière générale le médicament agit surtout sur la matière septique de la phthisie. Cessation des sueurs nocturnes et de la diarrhée, diminution de l'expectoration et de la fièvre, tels sont les principaux phénomènes qui marquent l'amélioration pendant l'administration de l'eucalyptol.

Dans un seul cas, les injections ont produit des accidents gastralgiques qui nous ont obligé à renoncer à leur emploi.

Le procédé opératoire indiqué par M. Roussel est exposé dans un pli cacheté déposé au bureau de l'Académie ; il peut, du reste, se résumer ainsi : l'eucalyptol est dissous dans un volume double d'huile d'olive et il est injecté un gramme de cette substance dans l'épaisseur du derme, au niveau de la hanche.

Dire que la phthisie pumonaire a trouvé là son remède serait peut-être aller un peu loin ; il faut, avant de conclure, un temps d'expériences plus long et des preuves plus multipliées.

Inspectorat des eaux minérales

M. de Ranse, pendant près de quinze années d'exercice dans une station thermale, a pu suivre dans ses divers détails la question de l'inspectorat, et cette longue expérience lui paraît justifier son intervention dans le débat actuel.

Il constate d'abord qu'on est généralement d'accord sur deux points : la surveillance par l'Etat des établissements thermaux, et l'attribution de cette surveillance à des médecins, seuls vraiment compétents en la matière. Les divergences ne commencent que sur la question de savoir comment cette surveillance devra s'exercer.

Trois systèmes sont en présence : 1° l'inspection locale et individuelle (inspectorat actuel) ; 2° l'inspection générale ou régionale ; 3° l'inspection locale et collective.

La commission de l'Académie a adopté le premier système ; M. Rochard, rapporteur de la commission extra-parlementaire chargée d'étudier la révision de la législation sur les eaux minérales, a défendu le second ; M. de Ranse vient exposer les avantages du troisième.

Il fait connaître d'abord la manière dont il comprend l'organisation et le fonctionnement de l'inspection collective, qu'il rattache aux deux projets de loi dont la Chambre des députés est saisie sur l'organisation d'une *Direction de la santé publique*, projets émanés, l'un de l'initiative parlementaire (M. Siegfried et un grand nombre de ses collègues), l'autre du gouvernement (ministère du commerce).

Dans toute station thermale possédant un nombre suffisant de docteurs en médecine il serait institué une commission médicale composée, suivant ce même nombre de médecins, de 3, 5 ou 7 membres, élus par leurs confrères.

Seraient éligibles tous les docteurs en médecine exerçant dans la station depuis au moins cinq années.

Seraient électeurs tous les docteurs en médecine exerçant dans la même station depuis deux ans.

La commission serait renouvelée tous les trois ans. Les membres sortants seraient rééligibles.

La commission nommerait un président qui la représenterait dans ses rapports avec l'administration, le public, les propriétaires ou fermiers des eaux, et un secrétaire chargé de consigner sur un registre les procès-verbaux de toutes les délibérations.

La commission médicale joindrait aux fonctions actuellement exercées par les médecins inspecteurs, la police sanitaire de la station au point de vue de tout ce qui intéresse l'hygiène publique.

Dans la préparation de la loi sur une Direction de la santé publique, les commissions médicales des eaux minérales devront prendre rang à côté des commissions régionales d'hygiène publique dont l'institution figure dans les deux projets de loi rapportés plus haut.

Dans les stations de second ordre, où l'institution d'une commission médicale de trois membres serait impossible, le ministre compétent, sur la présentation du Conseil supérieur de la santé publique, désignerait le médecin qui aurait à remplir les fonctions conférées, dans les autres stations, au président de la commission médicale.

M. de Ranse fait remarquer que les commissions médicales qui précèdent, diffèrent complètement de

l'ancienne commission médicale d'Aix, et échappent ainsi aux critiques dont cette dernière a été l'objet.

Il établit ensuite un parallèle entre les trois systèmes en présence, en étudiant comparativement comment ils répondent aux intérêts divers qu'il s'agit de sauvegarder et qu'il range dans l'ordre suivant : 1° Intérêts des malades, ou d'une manière générale, de la santé publique ; 2° Intérêts scientifiques; 3° Intérêts professionnels ; 4° Intérêts administratifs ; 5° Intérêts des stations thermales ; 6° Intérêts économiques et organisation.

Il examine sous ces différents rapports et discute les avantages et les désidérata de chaque système. En ce qui concerne les intérêts des malades ou de la santé publique, il montre l'impuissance de l'inspection individuelle à remplir son mandat, impuissance indépendante de l'activité ou du bon vouloir de l'inspecteur, et tenant surtout à l'isolement de ce dernier en face des compagnies fermières ou des concessionnaires, à la multiplicité de ses attributions, à la difficulté de suffire également à toutes. L'inspection collective, en agissant au nom de tous les médecins de la station, qui lui donnent plus ou moins immédiatement leur concours, pèse d'un poids plus considérable sur les projets et les décisions des compagnies fermières, répartit entre chacun de ses membres les fonctions qui lui reviennent et, tout en allégeant la part de chacun, assure un fonctionnement plus régulier et plus complet de chaque service. Elle peut, en outre, remplir une attribution nouvelle, d'une importance capitale et qu'il serait impossible de conférer à un inspecteur seul : la police sanitaire de la station thermale.

M. de Ranse poursuit, sous les autres rapports, cet examen comparatif et pour terminer :

« En résumé, Messieurs, dit-il, à quelque point de vue que l'on se place, que l'on envisage les intérêts primordiaux des malades ou de la santé publique en général, ceux de la science, de la profession, de l'administration, ceux des stations thermales, ou qu'on se préoccupe du côté économique qui doit présider à toute organisation, l'inspection collective se montre supérieure à l'inspection individuelle et à l'inspection régionale. Elle constitue, si je ne me trompe, le système que nos savants collègues, MM. Brouardel et Proust, si compétents en la matière, ont proposé à votre commission, et sur lequel M. le rapporteur me semble avoir glissé légèrement. J'espère donc qu'elle trouvera quelque appui au sein de l'Académie, et si elle devait avoir la bonne fortune de rallier la majorité des suffrages, j'aurais à vous soumettre une série de propositions en réponse à la demande de M. le Ministre du commerce et de l'industrie. »

M. Willemin, de Vichy, combat le projet de M. de Ranse. Le traitement des 2000 indigents ou malades bénéficiant de la gratuité du traitement est fait par le médecin, l'inspecteur et 3 inspecteurs adjoints, et il a été toujours très correctement fait ; les accusations portées contre les inspecteurs des eaux sont très exagérées. M. Willemin en appelle de M. Rochard, mal informé, à M. Rochard sur la droiture duquel il compte.

QUINZAINE CHIRURGICALE

Le Pansement à la tourbe (1).

M. le Dr Lucas-Championnière présente à la Société de Chirurgie une substance végétale, la tourbe, qui, recueillie dans certaines conditions et préparée, d'après les indications de M. le Dr Redon, peut fournir une substance de pansement antiseptique, à bon marché, et douée de plusieurs qualités. La tourbe préparée peut se présenter sous forme de cardes, de masses d'une sorte d'ouate ou d'étoupe brunâtre, molle au toucher, élastique et compressible. Elle jouit d'un pouvoir absorbant considérable, égal à environ huit fois son volume ; et de plus elle fait perdre aux liquides putrides leur odeur désagréable. Elle absorbe très-bien le sang et la sérosité qui s'écoulent des plaies fraiches traitées par la réunion et le drainage; le liquide ne filtre pas entre le pansement et la peau, comme il le fait souvent dans les pansements avec les cotons absorbants. La tourbe préparée et aseptique peut être facilement imprégnée et à doses variables avec les solutions antiseptiques usitées. Cette substance a cependant quelques inconvénients ; elle est un peu friable et se fragmente par tout petits brins qui peuvent irriter les plaies si on n'a soin d'en protéger la ligne de suture avec un peu de gaze iodoformée. Le prix de revient de la tourbe est moitié moindre que celui de l'ouate la plus inférieure ; aussi son usage mérite d'être étudié dans les centres hospitaliers et dans ses applications à la chirurgie de guerre.

Traitement local de l'Erysipèle (2)

Le Dr Fraipont, de Liège, emploie le procédé suivant dans l'érysipèle des membres : bain tiède dans une solution de sublimé à 3 0/00 pendant dix minutes ; ou bien lavage prolongé et enveloppement avec compresses imbibées de ce liquide ; irrigation énergique des plaies récentes et suppurantes ; puis pansement avec de la gaze iodoformée imbibée légèrement de la solution mercurielle. Badigeonnage au goudron liquide dépassant de trois doigts la rougeur érysipélateuse. Enveloppement dans un pansement humide et bandage compressif peu serré.

Le lendemain, bain ; l'épiderme se détache et laisse un derme saignant ; enveloppement dans un pansement humide et sublimé à 1/2 pour 1000.

Fracture insolite du crâne. — Difficultés dans les indications de la trépanation primitive (3).

Quand, à la suite d'une chute sur la tête, on trouve un enfoncement d'un fragment d'os du crâne, ou bien des signes manifestes de compression cérébrale on est aujourd'hui convenu de l'indication formelle de la trépanation ou au moins de l'extirpation des morceaux d'os fracturés. Mais souvent il se présente des cas beaucoup plus complexes. Un

(1) Société de Chirurgie, 16 mars 1887.

(2) Archiv. de médecine belges.

(3) Berger et Klumpke, in *Revue de chirurgie*, février 1887.

homme vigoureux fait une chute sur la tête ; il présente des signes de fracture de la base du crâne, et de plus il est aphasique ; il n'a ni spasmes, ni paralysies des membres ou de la face, pas de contractures ; pas de stertor ni de coma ; les pupilles sont égales et les mâchoires serrées. Il meurt assez rapidement avec des phénomènes de congestion pulmonaire. Si l'on s'en était rapporté au symptôme principal, *aphasie vulgaire*, on aurait pu, soupçonnant une lésion de la troisième inconvolution frontale gauche, penser à appliquer une couronne de trépan à la région correspondante du crâne. Or l'autopsie montra qu'il existait bien plusieurs traits de fracture de la base du crâne et que le rocher droit était divisé par un de ces traits ; l'artère méningée moyenne était divisée et avait produit un épanchement dans l'étage moyen de la base du crâne où elle comprimait la face inférieure du lobe sphénoïdal droit. Il y avait en outre un foyer d'hémorrhagie cérébrale dans le faisceau pédiculo-pariétal gauche, mais la région de *la circonvolution de Broca* (siège du centre moteur du langage) était *intacte*.

Ce fait montre que, dans les traumatismes récents du crâne, les seules *indications* de l'opération doivent toujours être puisées dans l'état local, *enfoncement ou fracture* avec ou sans plaie. On ne peut donc, dans un traumatisme récent, comme celui que nous venons de résumer brièvement, se fonder exclusivement sur le symptôme aphasie pour affirmer l'opportunité de la trépanation et déterminer le lieu d'application du trépan.

Traitement des paralysies par compression de la moelle après les traumatismes de la colonne vertébrale (1).

Un matelot de 18 ans, à la suite d'une chute de 40 pieds de hauteur, présentait une gibbosité marquée au niveau de la région dorso-lombaire du rachis. Paralysie incomplète des membres inférieurs, paralysie de la vessie et du rectum. Cinq semaines après l'accident, Lauenstein applique un corset plâtré après avoir obtenu le redressement du rachis par la suspension cervico-axillaire ; néanmoins il n'y a aucune amélioration des phénomènes paralytiques, la cystite s'aggrave et, malgré l'antisepsie, est franchement purulente. Deux mois après l'accident, on pratique l'opération suivante : incision médiane allant de la 10e dorsale à la 2e lombaire ; extirpation de la 12 dorsale, puis de la première lombaire ; toute compression de la moelle ayant cessé, suture de la plaie, drainage. Suite de l'opération très simple. Six jours après, les phénomènes paralytiques diminuaient manifestement et l'urine alcaline et purulente redevenait acide. Quelques mois après, le malade jouissait de la santé la plus parfaite et avait recouvré l'intégrité de la sensibilité, du mouvement. Les fonctions de la vessie et du rectum se faisaient très normalement. On peut se demander si ce résultat favorable n'aurait pas pu être obtenu sans l'intervention opératoire. D'après les recherches de Gurlt, de Lauenstein et autres, l'amélioration spontanée des phénomènes paralytiques est ou bien très rapide, quelques jours après l'accident, ou ne se fait pas du tout. En résumé, quand les fonctions de la vessie ne sont pas rétablies spontanément neuf semaines après l'accident, on ne peut plus compter les voir revenir. Le cas de Lauenstein est le troisième succès des procédés sanglants dans les faits de ce genre depuis la méthode antiseptique ; Maydl a eu un succès complet, Lücke un succès incomplet. L'opération ne donne de bons résultats que si la moelle est seulement comprimée et si elle n'a pas été profondément lésée par la cause vulnérante.

(1) Lauenstein, *Centralblatt*, 1886.

Quelques procédés nouveaux en chirurgie rénale (1).

On a déjà souvent comparé la voie lombaire, peu dangereuse, bonne pour pratiquer l'incision simple du rein ou l'extirpation d'un organe peu augmenté de volume à la voie abdominale adoptée pour l'ablation de reins très volumineux, mais beaucoup plus dangereuse. Il est des cas intermédiaires où le rein, moyennement augmenté de volume, semble pouvoir être abordé par la voie lombaire, et on reconnaît trop tard que ce chemin est insuffisant. Aussi Kœnig, rejetant l'incision verticale ou oblique simple, propose de suivre la méthode suivante : on fait une incision descendant de la 12e côte le long du bord externe de la masse sacro-lombaire jusqu'à quelques centimètres de la crête iliaque, puis on prend une direction horizontale vers l'ombilic que l'on peut atteindre, s'il est nécessaire. L'ensemble est une ligne courbe formant une forte concavité dirigée en haut et en dedans. On incise alors couche par couche tous les muscles de la paroi abdominale, puis on décolle le péritoine de façon que l'on peut aborder le rein par son bord postérieur et par sa face antérieure, circonstances utiles quand on veut extirper des calculs contenus dans son intérieur. A cette méthode, que Kœnig nomme l'incision lombaire rétro-péritonéale, on peut ajouter, s'il est besoin, une incision péritonéale au niveau de la ligne horizontale incision qui peut aider à compléter l'exploration du rein malade ou faciliter son extirpation. Par la méthode extra-péritonéale on peut évacuer le contenu de grosses tumeurs liquides et en pratiquer l'extirpation, manœuvres beaucoup plus délicates si l'on agissait par la voie abdominale, car on pourrait contagionner le péritoine par le contenu infectieux des tumeurs.

M. Terrier a présenté à la Société de chirurgie un nouveau procédé de néphrectomie des plus ingénieux. Quand on enlève, par la voie abdominale, un rein volumineux liquide ou solide, on est obligé d'inciser le péritoine au devant de la tumeur (néphrectomie trans-péritonéale), puis de le décoller sur toute la surface de celle-ci afin d'arriver au pédicule. Après l'extirpation, il reste une vaste cavité rétro-péritonéale que quelques chirurgiens ont drainée par la voie lombaire, que d'autres ont fermée par la suture.

Chacun de ces procédés a donné des insuccès ; aussi M. Terrier a-t-il pris le parti d'agir comme on le fait avec les kystes de l'ovaire qu'on ne peut complètement enlever à cause de l'impossibilité de former un pédicule. Il incise le péritoine, enlève la tumeur, puis fixe à la plaie abdominale les bords de l'incision profonde du péritoine postérieur ; la cavité est largement drainée par la paroi antérieure de l'abdomen. Il est toujours bon de réséquer une certaine portion de l'uretère si l'on veut éviter des abcès secondaires au fond de la cavité.

(1) Heydenreich, *Sem. Médicale*, 1887. Soc. de chirurgie. Terrier 16 mars, 1887.

Origine parasitaire des fibrômes utérins et des kystes de l'ovaire (1).

MM. Galippe et Landouzy, d'après une série de recherches, ont cru pouvoir conclure que les myômes de l'utérus et les kystes de l'ovaire sont la résultante d'une irritation prolifératrice des tissus, irritation produite par la pénétration d'éléments parasitaires qui s'introduisent par les voies naturelles d'abord, puis par le vaste système lymphatique.

Des fragments de fibrôme utérin pris au centre d'une tumeur, avec toutes les précautions que réclament les recherches bactériologiques, ont donné par la culture plusieurs sortes de micro-organismes ; des microcoques volumineux, sphériques, associés deux à deux ou en longs chapelets ; puis des microcoques de petit volume disposés de la même façon ; enfin, des bâtonnets allongés, isolés ou réunis deux par deux. L'introduction de ces organismes peut se faire par la voie vaginale. Les relations étroites qui lient la production des myômes utérins à l'inflammation chronique de l'utérus, et qui sont connues depuis longtemps par un grand nombre d'observateurs, seraient assez en faveur de cette étiologie bactérienne.

Ulcération et perforation des vaisseaux fémoraux dans un bubon gangréneux (2).

Cet accident, heureusement très rare et de la plus haute gravité, a été observé par Shield sur un homme de 22 ans, scrofuleux et profondément anémique. A la suite d'un chancre vénérien, ce malade eut un bubon volumineux de l'aine droite qui s'ouvrit spontanément et donna issue à une grande quantité de pus fétide de mauvaise nature. Malgré un traitement local énergique, la maladie s'étendit aux tissus voisins, le sphacèle s'en empara et en nettoyant la cavité de ce vaste abcès l'opérateur vit sourdre une hémorrhagie abondante provenant d'une ulcération de la face interne de l'artère fémorale et de la veine.

Il pratiqua aussitôt la ligature double de ces vaisseaux au-dessus et au-dessous des perforations et nettoya à fond le foyer de gangrène. Néanmoins les lésions continuèrent à s'étendre, envahirent même l'articulation coxo-fémorale et le malade succomba à la septicémie aiguë. Sur six cas de ce genre rassemblés par l'auteur, une seule fois la guérison a pu être obtenue ; les malades sont morts d'hémorrhagie foudroyante, de pyohémie ou de septicémie. Dans les bubons vénériens graves, chez les sujets débilités par la scrofule, la syphilis, l'alcoolisme, il faut donc ouvrir de bonne heure, extirper les glandes malades, modifier la surface interne de l'abcès par les antiseptiques les plus puissants, si l'on veut prévenir les dangers de l'envahissement des tissus par le phagédénisme.

Fistules juxta-uréthrales (3).

Le Dr Jamin signale dans cette intéressante monographie un écueil que l'on peut rencontrer dans le traitement de la blennorrhagie chez un certain nombre de sujets. Le canal dans sa profondeur est totalement guéri, l'explorateur à boule ne ramène aucun flocon muco-purulent; mais, si l'on presse la région balanique entre les doigts, on voit sourdre au niveau du méat et sur les côtés de celui-ci une ou deux fines gouttelettes de pus. Si alors, écartant les lèvres du méat, on introduit un très fin stylet dans les points où se montrent ces goutelettes, on pénètre dans un petit conduit parallèle ou oblique par rapport au canal, conduit qui peut avoir 8, 10, 12 millimètres de profondeur ; sa partie profonde est parfois très rapprochée de la muqueuse uréthrale, son orifice est habituellement sur les lèvres du méat ; certains sujets qui ont celui-ci ouvert en bas, c'est-à-dire qui présentent le plus léger degré de l'hypospadias, semblent prédisposés à l'existence de ces fistules. Il faut se rappeler que ces petits canaux sont souvent le repaire ultime de la blennorrhagie. Le seul traitement est de les détruire à l'aide d'un stylet fin rougi au feu ou d'un très mince fil galvanique. Les injections modificatrices paraissent insuffisantes.

Dr Barette.

(1) Société de Biologie, 17 février 1887.
(2) Shield. — in *Semaine médicale* 1887.
(3) *Annales des maladies des organes génito-urinaires* novembre 1886, et brochure 1887.

DERMATOLOGIE PRATIQUE

Le prurigo de Duhring, prurit d'hiver.

C'est en 1874 que L. A. Duhring, de Philadelphie (1), a signalé pour la première fois cette affection et l'a bien décrite, si exactement que les traducteurs de Kaposi supposent qu'il devait en être atteint. Suivant lui, elle est fréquente en Amérique, au nord de Philadelphie (40° latitude nord), et il ne l'a jamais vue dans des latitudes plus méridionales, ni en aucune région de l'Europe. Cette assertion n'est pas exacte, car le prurit d'hiver est loin d'être rare en France, on en voit des cas à certaines époques dans les hôpitaux, et j'en vois presque chaque année à la station thermale où j'exerce.

Duhring a décrit cette affection sous le nom de pruritus hiemalis ; on l'appelle encore prurit d'hiver, prurigo hibernal, prurigo de Duhring.

D'après les traducteurs de Kaposi, le prurit d'hiver est une affection dont le moment saisonnier d'apparition varie selon les années et les pays, mais que l'on peut placer exactement à la période des *premiers froids intermittents.*

Chez les malades que j'ai pu observer, c'est généralement vers la fin d'octobre que l'affection commençait à se produire, — d'abord légère et d'une façon intermittente, — puis, lorsque les grands froids étaient arrivés, plus intense, plus continue, plus journalière.

Les mêmes auteurs font observer que le début de l'affection coïncide avec le moment où les vêtements d'été sont remplacés par des vêtements plus chauds, où l'on porte de la flanelle, et où l'on commence à allumer le feu dans les appartements.

L'usage de la flanelle est considéré, par tous les auteurs qui ont écrit sur l'affection qui nous occupe, comme une cause provocatrice très importante, et augmentant aussi l'intensité du prurit. En effet, la

(1) Duhring. *A Pratical Treatise of Diseases of the Skin.*

flanelle est fabriquée avec du fil de laine peignée ou cardée, et elle présente à sa surface des fibrilles rigides qui conservent leur rigidité, même quand l'étoffe est humectée ; il n'y a pas adhérence de la flanelle avec la peau, les fibrilles grattent l'épiderme, l'excitent, et, même sur la peau saine, déterminent un peu de rougeur et quelques démangeaisons. Cette action de la flanelle est incontestable, et on connaît bien à Saint-Louis l'*eczéma du gilet de flanelle* qui en est la conséquence chez certains sujets prédisposés.

L'influence de la chaleur est non moins certaine ; j'ai vu un malade, atteint de prurit d'hiver, qui, chaque fois qu'il passait la soirée chez lui au coin d'un beau feu de bois, avait des paroxysmes vespéraux intolérables; et la seule précaution de placer un écran entre le feu et ses membres inférieurs diminua beaucoup l'intensité de ces paroxysmes. J'ai vu, d'autre part, une dame qui était atteinte de la même affection, et qui, lorsqu'elle faisait usage d'une chaufferette, avait dans la nuit des crises de prurit très longues et très violentes, et elle reconnaissait elle-même qu'elles n'étaient aussi violentes que les jours où elle faisait usage du chauffe-pieds.

Tous les malades disent également qu'ils ne peuvent coucher dans un lit chauffé, ou avec un édredon trop chaud.

Le siège de prédilection du prurit hivernal est aux membres inférieurs, et surtout à la face interne et du côté de la flexion des articulations ; mais ce siège n'est pas exclusif ; dans quelques cas les malades ont des démangeaisons disséminées sur d'autres points du corps, aux membres supérieurs, à la poitrine, à la ceinture, entre les épaules, mais ces démangeaisons n'ont pas l'intensité de celles des membres inférieurs. Elles témoignent néanmoins d'une susceptibilité, d'une excitabilité particulière et générale de la peau.

« Le prurigo de Duhring a régulièrement un « paroxysme vespéral et nocturne ; le moment cruel « est la première heure du coucher. »

Dans la journée, les démangeaisons sont généralement supportables, intermittentes ; à moins que le malade n'expose les membres à un feu trop ardent, ou qu'il passe brusquement d'une atmosphère très chaude à un air très froid, le prurit ne se fait guère sentir dans la journée. Mais, le soir, dès que le malade a quitté ses vêtements et s'est mis au lit, les démangeaisons apparaissent. Le paroxysme est plus ou moins intense et plus ou moins long ; chez les malades que j'ai observés, j'ai constaté que les excès de régime, que l'exposition, le soir, à des changements brusques de température, tels que la sortie d'un bal, d'un théâtre, avaient une certaine influence sur l'intensité du paroxysme. Un de ces malades me disait que, chaque fois qu'il buvait du champagne ou un vin blanc sucré, il était certain d'avoir une crise plus forte.

L'intensité et la durée des paroxysmes m'ont paru aussi être en rapport avec l'état du temps, moins violents lorsque le temps est froid et sec que lorsqu'il est froid et humide, et je connais deux malades rhumatisants qui n'ont pas d'accès de prurit pendant les jours très froids et qui ne souffrent que les jours de brouillard et de pluie.

Le paroxysme est plus ou moins long, quelquefois il ne dure que quelques minutes et d'autres fois plusieurs heures, mettant les malades dans un état pénible d'agacement et d'excitation nerveuse. Dans certains cas, il se produit une seconde crise dans le cours de la nuit. L'insomnie qui en est la conséquence peut affaiblir les malades et troubler assez profondément leur santé.

Au début, l'affection est un prurigo sans lésion, un prurit au sens de Hébra, et elle peut rester toujours telle si le prurit n'a qu'une intensité moyenne et si le malade sait se contenir au point de vue du grattage. Il y a beaucoup de cas où le prurit n'est pas très intense, quoique journalier, où il ne se produit pas de lésions, et alors le malade ne s'en préoccupe pas autrement et n'en parle pas au médecin.

Mais il y a des cas où le prurit est très intense, il y a des malades qui se livrent à un grattage furieux et qui, pour guérir, font des applications irritantes de pommades ou de liniments ; alors, ces diverses causes d'irritation peuvent produire de l'érythème, de l'urticaire, et même de l'eczéma. Bien souvent ces complications résultent d'une médication mal comprise.

Les altérations secondaires de la peau, érythème, eczéma, sont fréquentes chez les malades de la classe pauvre. J'ai vu en 1886, dans le service de M. E. Besnier, un homme qui présentait sur tout le corps une rougeur disséminée assez vive, avec rupture de l'épiderme corné, issue de liquide concrété en certains points sous forme de croûtes jaunâtres ; ces lésions étaient surtout marquées à la face interne des cuisses. En outre, il présentait à la région inguinale une saillie de gros ganglions engorgés. Ce malade racontait que cette éruption se reproduisait chaque hiver depuis plusieurs années.

J'ai vu un cas identique chez un homme pauvre de la Haute-Savoie ; on avait cru à l'existence de la gale et institué le traitement soufré qui n'avait fait qu'empirer les lésions.

Le Dr J. Newins Hyde (1) dit que cette affection est très fréquente dans la région connue sous le nom de Northwest, et qu'elle se complique souvent d'érythème, d'urticaire, d'ezcéma, de furoncles ; il raconte que des médecins de la région la lui avaient signalée comme une gale bizarre, particulièrement tenace, puisqu'elle ne cédait pas au traitement soufré classique.

L'affection dure, chaque hiver, de plusieurs semaines à plusieurs mois ; elle cesse dès que la belle saison reparaît pour se reproduire l'hiver suivant. Elle peut disparaître ou s'atténuer avec des soins appropriés, elle peut aussi disparaître spontanément. Chez les sujets arthritiques, on voit souvent le prurit d'hiver durer un certain nombre d'années, puis disparaître devant une autre manifestation de même ordre constitutionnel. J'ai vu, dans un cas, le prurit d'hiver disparaître, après avoir duré 11 ans, chez un sujet de 34 ans, de race goutteuse, hémorrhoïdaire et dyspeptique, en même temps que se développait un psoriasis.

Chez un autre malade, atteint de prurit depuis 16 ans, l'affection disparut en même temps qu'apparaissaient des accès d'asthme. Chez un troisième, il alternait avec des poussées d'ezcéma du cuir chevelu.

Le prurigo de Duhring est en effet fréquent chez les arthritiques ; les traducteurs de Kaposi ont insisté sur ce fait auquel Duhring n'attache pas une assez grande importance. Je serais même porté à croire que le véritable prurit d'hiver, à reprises saisonnières, n'appartient qu'aux sujets de cette race.

Le Dr Obersteiner (2) a cité le cas d'un jeune

(1) *Chicago medical Journal*, février 1886.
(2) *Wiener medizinische Wochenschrift*, 1884.

homme de 37 ans, vigoureux, habitant le Caire, qui, depuis plusieurs années et régulièrement au mois d'octobre, avait un prurit de la peau au niveau des deux mollets, devenant très intense pendant l'hiver et disparaissant au printemps. L'auteur ajoute que la température du Caire ne descend jamais au-dessous de 5° centigrades pendant l'hiver, et que, au mois d'octobre, c'est-à-dire au moment où le prurit commence chez ce malade, la température moyenne est de 22°. Selon lui, il est difficile d'admettre que, dans ce cas, la cause du prurit soit le froid : il fait remarquer, d'autre part, que, chez son malade, l'affection s'aggravait après des émotions morales vives, et il en conclut que cette affection est une névrose.

Cette opinion a été aussi soutenue par d'autres auteurs. Kaposi ne croit pas à cette explication ; d'après lui, ces démangeaisons sont dues à la rudesse de l'épiderme déterminée par la sécheresse de l'air froid et liées à la *chair de poule*, que l'on observe si fréquemment pendant les basses températures, au moment où l'on se déshabille.

Quoi qu'il en soit, ce qu'il faut, au point de vue pratique, retenir de l'étiologie du prurigo de Duhring, c'est que l'action saisonnière est incontestable, que cette affection est fréquente chez les arthritiques et paraît être sous la dépendance de cette disposition constitutionnelle, et que le port de vêtements de flanelle, les premières approches de la cheminée ou des poêles, le régime alimentaire, influent sur la marche et l'intensité de la maladie.

Obersteiner prescrit l'arsenic et dit en avoir eu des résultats.

J. Newins Hyde considère le changement de climat comme le meilleur traitement, et il ajoute qu'il ne produit pas seulement un effet momentané, mais un effet durable, et que, au bout d'un certain temps, les malades peuvent revenir habiter le pays qu'ils avaient été obligés de quitter.

J'ai vu un malade, souffrant beaucoup du prurit d'hiver, qui était allé passer la saison froide en Algérie; il était parti bien avant les froids, et cependant l'affection se reproduisit à la fin du mois de novembre, mais ne dura que quelques semaines au lieu de plusieurs mois comme quand il était en France. Mais l'hiver suivant, passé à Paris, fut aussi pénible que les autres, et l'affection ne céda qu'à un traitement plusieurs fois répété avec bicarbonate de soude et arsenic.

Le même auteur proscrit le contact de la laine avec la peau, surtout de la laine colorée avec des préparations d'aniline. Il interdit toute alimentation irritante, et ordonne un régime sévère, ne permettant que les viandes de boucherie rôties, bouillies, grillées ou cuites au four, les poulets, le poisson frais grillé, bouilli ou rôti, les légumes frais cuits, du pain de froment rassis, des œufs, du lait, de la crème, du beurre frais.

Il interdit complètement le tabac.

Lorsque les paroxysmes vespéraux sont très intenses, il a obtenu une sédation en faisant prendre une dose assez forte de quinine, suivie d'une tasse de lait chaud.

Il conseille quelques bains chauds, mais recommande, avec raison, de ne pas en abuser, de ne pas frictionner la peau après le bain. Il fait appliquer, sur les parties atteintes, une pièce de mousseline enduite de l'emplâtre blanc de Hébra, auquel il ajoute parties égales de vaseline et de coldcream et 1 à 3 % d'acide salicylique. Il emploie aussi les pommades au bismuth, à la craie préparée, à l'oxyde de zinc.

Duhring recommande les onctions avec la glycérine ou la vaseline, simple ou additionnée d'acide phénique ou de goudron. M. E. Besnier, tout en admettant ce mode de traitement pour la première période de l'affection, période de prurit sans lésions, conseille de n'agir qu'avec prudence ; il a vu, dans certains cas, la glycérine ou la vaseline soulager des malades, mais produire chez d'autres de la cuisson et de l'érythème. M. Besnier fait la même observation pour les bains ; il conseille surtout l'usage de la toile fine, des vêtements légers, quelques bains tièdes amidonnés, et l'emploi de la poudre d'oxyde de zinc ou de bismuth, mais pas avec de l'amidon.

J'ai constaté aussi que la poudre d'amidon desséchait trop la peau, et que les poudres d'oxyde de zinc et de bismuth étaient plus onctueuses et mieux supportées.

Enfin, M. Besnier dit aussi que les bains de vapeur à basse température réussissent très bien chez certains malades.

En ce qui concerne les applications locales, je suis toujours parvenu à calmer et à modifier les paroxysmes au moyen de lavages à l'eau tiède, contenant 1 gramme d'hydrate de chloral pour 500 grammes d'eau, lavages faits le soir en se couchant. J'ai aussi employé avec succès les lavages à l'eau phéniquée (1 gr. pour 1000) ou avec le coaltar saponiné.

Je crois qu'il faut donner une grande importance au traitement général, chez des sujets arthritiques. J'ai obtenu des atténuations et des guérisons par la médication alcaline, un ou deux grammes de bicarbonate de soude à chaque repas. Chez un malade, j'ai aussi employé le carbonate de lithine avec succès, et, chez un autre qui avait été traité, sans amélioration, par le bicarbonate de soude, l'adjonction de l'arsenic au traitement alcalin a donné des résultats complets.

Les eaux minérales alcalines sont, dans ce cas, d'une grande utilité, car elles représentent une indication à la fois générale et locale ; seulement il ne faut pas que la balnéation soit trop excitante. A ce point de vue, les eaux minérales chlorurées sulfatées, éminemment sédatives, remplissent bien les conditions voulues.

Dr L. Deligny.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les médecins et l'impôt sur les loyers

Mon cher Directeur,

Le ministre des finances vient de publier un projet établissant un impôt sur le revenu calculé d'après la valeur locative des loyers.

Ce projet atteint les médecins d'une façon toute particulière. Chacun sait que le praticien, en raison de la nature de sa profession, est obligé d'avoir un logement plus important que s'il n'avait pas affaire au public, s'il était simple rentier.

C'est pour lui un instrument de travail, surtout dans les villes où, à cause des malades, il ne peut habiter les étages supérieurs.

Calculer les revenus du médecin d'après son loyer est donc une injustice, car, à cause de la profession qu'il exerce, il paie déjà une patente, hélas ! très éle-

vée. C'est donc le frapper deux fois et, vous le savez, en droit on dit : *non bis in idem.*

Ne pensez-vous pas qu'il serait opportun de dire cela bien haut, de protester contre ce nouvel impôt, de signaler notre situation aux honorables confrères-députés qui, je n'en doute pas, prendront notre défense?

Je pense que tous les médecins devraient s'unir dans cette protestation et peut-être pourrons-nous conjurer ou adoucir la rigueur du sort qui nous menace. Veuillez insérer cette lettre dans le *Concours médical* qui s'est toujours signalé pour la défense des intérêts professionnels et dont le directeur a toujours été des premiers quand il s'est agi de défendre le corps médical.

Agréez, etc.

Dr Maurel.

Médecins de colonisation.

3 mars 1887.

Monsieur le Directeur,

En réponse à la note insérée dans le numéro du 26 février du *Concours médical*, j'ai l'honneur de fournir les renseignements suivants sur la situation des *médecins de colonisation* :

1° *Renseignements officiels.*

Celui qui veut obtenir une place de médecin de colonisation doit adresser sa demande au *Gouverneur général* de l'Algérie; elle doit être accompagnée d'une copie du diplôme ; d'un extrait du casier judiciaire ; de l'acte de naissance et de pièces militaires, s'il y a lieu.

Le postulant doit être âgé de moins de 35 ans ; toutefois, cette limite est portée à 40 pour ceux qui justifieraient de 5 ans de services militaires.

Il y a 5 classes de médecins de colonisation avec les traitements suivants :

5e classe	3,000
4e —	3,500
3e —	4,000
2e —	4,500
1re —	5,000

La commune où l'on réside donne en outre 500 fr. d'indemnité de logement.

2° *Renseignements non officiels*

Lorsque le médecin de colonisation est sur le bord d'une ligne de chemin de fer, il est presque toujours le médecin de la Compagnie, ce qui donne environ 500 fr.

Lorsqu'il est dans un chef-lieu de canton judiciaire, la médecine légale lui donne 500 francs environ.

Dans certains centres, la pharmacie donne quelque chose, mais peu.

Les clientèles peuvent produire en moyenne 1,000 francs par an.

En général, la vie est bon marché. On a peu de frais de toilette et d'entretien de maison.

Somme toute, la situation est avantageuse, surtout pour un homme marié et père de famille. »

Agréez.

Dr A..., à D... (Algérie).

Médecins et Pharmaciens.

J'appelle l'attention de mes confrères sur les articles 8 et 9 de la proposition de loi sur l'exercice de la pharmacie.

D'après ce projet, le pharmacien aurait le droit de vendre sous son étiquette, à la demande du client, toute substance constituant un remède simple ou composé.

A ce propos, permettez-moi de vous conter une petite histoire qui m'est personnelle.

Il y a de cela cinq ou six ans je n'étais point dans les meilleurs termes avec le pharmacien. Il se permettait bien de donner quelques petits remèdes pour les coliques, les douleurs, etc.

Mais les choses passèrent à l'état aigu. Quand j'envoyais un malade, avec son ordonnance, à l'officine, le pharmacien disait au client : « Mais vous êtes des insensés d'aller payer une consultation chez le médecin, attendu que je vous aurais bien donné ces pilules ou ces potions pour votre névralgie, ou votre bronchite ; vous trouverez ici tout ce qu'il vous faudra ; remèdes et consultations à bon marché. »

A combien de personnes tint-il ce langage ? je l'ignore.

Toujours est-il que plusieurs personnes qui prisaient fort peu les consultations de l'officine, vinrent me rapporter ces paroles.

La conduite que je devais tenir en pareil cas me parut, tout d'abord, assez embarrassante.

Enfin j'en pris gaiement mon parti, en me disant: rira bien qui rira le dernier ! Je fis venir aussitôt, pour quarante francs de remèdes que je débitais avec une remise de 50 0[0. Alors, vous comprenez ! Les malades d'abandonner l'officine pour affluer dans mon cabinet.

Cet argument était le meilleur. Je fis comprendre facilement à mon pharmacien qu'il valait mieux rester chacun dans ses attributions et tout rentra dans l'ordre.

La morale de cette histoire, la voici : Si la loi autorise les pharmaciens à vendre librement des remèdes composés ou, pour parler plus franchement, à donner des consultations, le médecin des petits cantons ou des gros bourgs devra prendre un de ces deux partis : lancer sa trousse aux orties, ou battre en retraite, vers une petite localité, à quelque distance de toute officine ouverte. Sinon, que la loi soit tout à fait libérale ; que le pharmacien donne des consultations et le médecin des remèdes. De cette façon nous changerons de rôle et nous lutterons à armes égales. C'est tout ce que je demande !

Agréez, etc.

Dr D.,
Membre du Concours

9 janvier 1887.

Projet de création d'une association coopérative entre les officiers des différentes armes.

Ce projet a été longuement étudié dans plusieurs corps d'armée, et l'on annonce, pour une date prochaine, sa mise à exécution. Les avantages de l'association sont indiscutables ; en Allemagne, il existe, notamment à Berlin, à Mayence, à Cologne, des sociétés de ce genre qui fournissent aux officiers mariés les vivres et la viande, tous les effets d'habillement, d'équipement, de harnachement, à des prix infiniment plus modérés que ceux des fournisseurs civils. Cela se conçoit sans peine, puisque ces associations achètent directement en gros et ne cherchent à réaliser d'autre bénéfice que la somme nécessaire pour couvrir les menus frais.

Une seule question reste à résoudre, et c'est précisément celle que nous venons de soulever.

L'association devra-t-elle rechercher simplement

les moyens de livrer les marchandises aux prix les plus réduits et n'envisager ainsi que l'amélioration de la position d'activité ? ou bien devra-t-elle, tout en maintenant ses prix de vente au-dessous du cours commercial, les élever cependant à un chiffre lui assurant des bénéfices supérieurs à ceux nécessaires à son fonctionnement ? Ce dernier système lui permettrait de réserver une partie des bénéfices pour créer une sorte de caisse de secours, chargée de venir en aide à ceux des officiers dont la pension de retraite serait insuffisante et à ceux qui, pendant la période d'activité, se trouveraient dans la nécessité d'y recourir.

En un mot, devra-t-elle faire acte de prévoyance?

Pour nous, nous penchons beaucoup pour cette solution, car ce n'est généralement pas pendant la période d'activité que les exigences de la vie s'imposent avec le plus de force. Pendant cette période, si faibles que soient les appointements, ils permettent à l'officier de joindre les deux bouts. Mais lorsque l'heure de la retraite a sonné, et que les vieux serviteurs doivent quitter le régiment, les véritables besoins font leur apparition ; c'est à ce moment que la petite part de bénéfices laissée entre les mains de l'association serait d'un grand secours. Ils seront d'autant plus les bienvenus qu'ils n'auront coûté aucun sacrifice et qu'ils arriveront juste au moment où les vieux serviteurs voient leurs ressources bien réduites.

(*Le Temps.*)

Nous croyons que la question d'une *Association* semblable entre médecins devrait être étudiée, et nous accueillerons avec plaisir toutes les communications à ce sujet. A. C.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Association syndicale des Médecins de Lot-et-Garonne

Procès-Verbal de l'Assemblée générale du 26 décembre 1886.

L'Assemblée générale du Syndicat a eu lieu à Agen, le 26 décembre 1886, sous la présidence de M. Cortès, syndic de l'arrondissement d'Agen.

Le nombre des sociétaires s'élève à ce jour au chiffre de 54.

Le Président donne alors la parole à M. Constantin, délégué du Syndicat de Lot-et-Garonne, pour lire le compte rendu de l'assemblée générale des délégués qui a eu lieu à Paris le 7 novembre 1886.

Suit le compte rendu de cette discussion. Nous ne le reproduirons pas ; il mentionne des faits déjà connus de nos lecteurs et il est en outre d'une extrême bienveillance pour le Concours médical et sa direction.

....

M. Constantin termine en ces termes:

« Comme vous le voyez, Messieurs et chers collègues, notre réunion n'a pas été stérile. Un certain nombre de questions intéressantes ont été résolues, et la solution de quelques autres a été préparée. De précieux renseignements ont été fournis, d'encourageantes assurances ont été confirmées, de sages avis ont été donnés. Quant à vos vœux particuliers, vous constaterez qu'ils ont tous été bien accueillis, puisque le bureau a fait siennes deux de vos propositions : celle concernant la reconnaissance légale des Syndicats, et celle réclamant une réduction de prix en faveur des délégués se rendant à Paris, et qu'il a classé toutes les autres parmi les documents propres à fournir des indications au législateur.

« A notre avis, un fait capital se dégage, soit des considérations présentées par le bureau, soit des éclaircissements fournis par la discussion : c'est que le groupement syndical est le mode d'association qui, tout en sauvegardant suffisamment notre dignité, garantit le plus complètement notre indépendance, qu'il répond mieux que tout autre aux conditions des temps présents, qu'il jouit de tous les avantages que peut procurer une législation plus libérale, et enfin, qu'il représente une force qui s'impose et avec laquelle il faut compter.

» Si aujourd'hui les pouvoirs publics s'émeuvent, s'ils songent enfin à faire droit à nos légitimes revendications, c'est parce qu'ils subissent l'influence de cette force. Grâce aux syndicats, nous pouvons être assurés d'un triomphe prochain et complet.

» Ajoutons cependant que si, dès à présent, il nous est permis d'envisager l'avenir avec cette confiance, il ne faut pas oublier que nous le devons, non seulement à notre organisation elle-même, mais aussi à ces confrères dévoués auxquels nous avons confié la direction de l'Œuvre, et qui lui consacrent leur temps, leur activité, leur intelligence, avec un désintéressement rare.

» Tel est le rapport, Messieurs et chers collègues, que nous soumettons à votre appréciation. Il est sincère. C'est de ce titre seul que se recommande celui à qui est échu l'honneur d'être votre délégué pour réclamer toute votre indulgence. »

Après cette lecture, M. Cortès remercie M. Constantin de son intéressant rapport, et l'Assemblée, pour se joindre aux félicitations du président, en vote l'impression.

Sur la proposition du Secrétaire, l'Assemblée adopte, après discussion, la modification suivante à l'article 7 des statuts :

Le Président du Syndicat est élu tous les cinq ans en assemblée générale, au scrutin secret, à la majorité relative des suffrages exprimés.

Le vote par correspondance est admis pour cette nomination. Les membres qui se trouveront empêchés d'assister à cette séance pourront prendre part au vote en adressant, sous pli cacheté, leur bulletin au Président ou au Secrétaire du Syndicat.

Si deux candidats réunissent le même nombre de suffrages, la nomination aura lieu au bénéfice de l'âge.

L'Assemblée décide ensuite que cette nomination aura lieu lors de l'Assemblée générale du mois d'octobre 1887. La convocation adressée aux Sociétaires fera mention de la modification apportée à l'article 7 et engagera ceux qui ne pourront assister à la réunion à envoyer leur vote sous pli cacheté au Président ou au Secrétaire.

Le Président donne alors la parole au Secrétaire-Trésorier, qui expose la situation financière et constate qu'il reste en Caisse, le 26 décembre 1886, la somme de 971 fr. 65. L'Assemblée approuve la gestion financière.

Elle autorise le Conseil des Syndics à voter des fonds pour frais de déplacement au délégué du Syndicat qui sera envoyé à Paris. Elle vote la somme de deux francs par tête pour cotisation à la caisse de l'Union et les fonds nécessaires pour l'impression du compte rendu de l'Assemblée générale du 16 décembre 1886. Elle décide, après discussion, dans l'intérêt du Syndicat, de tenir une asssemblée générale dans chaque arrondissement, tout en conservant la réunion générale d'octobre qui doit être tenue à Agen, et les réunions trimestrielles d'arrondissement. En conséquence, la prochaine assemblée générale aura lieu à Nérac, le jour même de la réunion de l'Association locale dans cette même localité.

On procède alors au tirage au sort qui doit désigner le délégué du Syndicat pour la réunion du mois de novembre 1887, à Paris.

M. Dupérié, désigné par le sort, accepte cette mission. A ce titre, il devra étudier dans le cours de l'année, les questions qui seront soumises aux délibérations de l'Union des Syndicats, soumettre ses conclusions à la discussion de ses confrères lors des réunions du Syndicat, et présenter à son retour à l'Assemblée générale, un rapport relatant les faits et les impressions personnelles de la réunion de Paris à laquelle il aura assisté.

On passe ensuite au vote pour la nomination du Président du Syndicat, M. De Gaulejac est maintenu, par acclamation, président du Syndicat pour l'année 1887.

Le tirage au sort désigne comme délégués des Syndics :

MM. Dupérié, délégué du Syndic de l'arrondissement de Marmande ;
Bernède, délégué du Syndic de l'arrondissement de Nérac ;
Amblard, délégué du Syndic de l'arrondissement de Villeneuve.

Ces délégués resteront en fonctions jusqu'au mois d'octobre 1887.

CHAMBRE SYNDICALE POUR 1887.

MM. De Gaulejac, Président du Syndic ;
Cortès, Syndic de l'arrondissement d'Agen ;
Courret, Syndic de l'arrondissement de Marmande ;
Landarrabilco, Syndic de l'arrondissement de Nérac ;
Gaumétou, Syndic de l'arrondissement de Villeneuve ;
Cassius, Secrétaire-Trésorier.

Délégués :

MM. Dupérié, délégué du Syndic de Marmande ;
Bernède, délégué du Syndic de Nérac ;
Amblard, délégué du Syndic de Villeneuve ;
Larroche, Conseil judiciaire ;
Sablayrolles, Receveur du Syndicat, rue Saint-Hilaire, 15, Agen.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Wemaere, à Wormhoudt (Nord), présenté par le docteur Reumaux, de Dunkerque.

M. le Dr Boimond, à Saint-Jevire-Faucigny (Haute-Savoie), présenté par le docteur Galais, de Bonneville.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Pastilles de goudron sans sucre

à l'usage des diabétiques

(MAYET).

Goudron de Norwège..........	2	grammes
Bicarbonate de soude..........	18	—
Phosphate de chaux bibasique.	30	—
Essence d'anis..............	5	gouttes
Mucilage de gomme adragante...	Q.	S.

F. S. A. des pastilles de 0,50, soit 100 pastilles contenant chacune 2 centigrammes de goudron.

NOUVELLES

— Le Conseil municipal de Paris vient de rejeter une proposition relative à la création de pharmacies municipales.

— La réunion annuelle de l'Association française pour l'avancement des sciences aura lieu, cette année, à Toulouse, du 22 au 29 septembre prochain.

— Le ministre de la guerre a soumis au président de la République un décret modifiant les conditions du recrutement des médecins et pharmaciens auxiliaires de l'armée. Désormais, tous les candidats, sans exception, devront passer l'examen d'aptitude dont étaient exemptés jusqu'à ce jour les pharmaciens de deuxième classe et les officiers de santé.

BIBLIOGRAPHIE

Formulaire clinique et thérapeutique pour les *Maladies des Enfants* par le docteur Albert Veillard, 1 vol grand in-18. Prix **4 fr.**, Paris librairie O. Berthier, 104, boulevard St-Germain.

L'Hygiène de la Beauté, formulaire cosmétique, par le Dr Monin, secrétaire de la Société française d'Hygiène, rédacteur scientifique au *Gil Blas*, officier de l'Instruction publique. — Troisième mille. — Un joli volume in-18 cartonné diamant.
Prix.. **3 fr. 50.**

Aussi bien que les gens du monde, le corps médical a fait au nouvel ouvrage du jeune écrivain vulgarisateur de l'hygiène un accueil empressé. Cet accueil n'étonnera personne, si l'on réfléchit que l'on trouve difficilement condensées en 220 pages précises et *méthodiques*, les particularités, si délicates pour le médecin, de la science cosmétique. De plus, chacun recherche des formules *efficaces* pour la peau, la bouche, les cheveux, etc... Où les rencontrer meilleures et mieux choisies ?...

En somme, le docteur Monin a fait œuvre d'écrivain et de praticien, « *de savant et d'artiste*, » ainsi que le lui a écrit, avec raison, son camarade Catulle Mendès, dans la *Lettre* placée en tête de ce manuel, dont l'exécution matérielle a été remarquée de tous les connaisseurs, pour son élégance et son bon goût.

Entretiens familiers sur l'hygiène, par le Dr J. L. Mora, de Brunehamel (Aisne). — Vervins, imprimerie du *Libéral*.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André, 3

Neuvième année **N° 14** 2 Avril 1887

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

Les étudiants des deux sexes à la Faculté de Paris d'après le dernier rapport de M. Béclard.

Peu de jours avant sa mort, le précédent doyen avait rédigé pour le Conseil académique un rapport dont la *Gazette hebdomadaire* nous signale les côtés intéressants.

M. Béclard fait ressortir l'urgence qu'il y aurait à terminer les travaux d'aménagement de la nouvelle école pratique et de la grande galerie qui s'étend en bordure du boulevard Saint-Germain, de manière qu'elle puisse recevoir les livres en ce moment entassés dans des bâtiments lézardés où pénètre la pluie, dans lesquels déjà plusieurs de nos collections ont été détruites et où toutes sont menacées.

Le nombre des étudiants a peu varié cette année. 611 élèves nouveaux sont entrés à la Faculté, 887 l'ont quittée. D'où il suit que la population scolaire, en cours d'études, qui était au 15 octobre 1885 de 3972, était, au 15 octobre 1886, c'est-à-dire au début de la présente année scolaire, et avant l'inscription des élèves nouveaux, de 3696.

« J'ajoute que, d'après le nombre des inscriptions déjà prises depuis la rentrée, on peut prévoir que le nombre des élèves nouveaux de l'année scolaire 1886-87, s'élèvera à peu près au chiffre de 600, de telle sorte que la population moyenne de nos étudiants oscillera cette année, comme les précédentes, autour du chiffre de 4,000 élèves.

Les étudiants en médecine, de nationalité étrangère, en cours régulier d'études, ainsi que les docteurs étrangers qui viennent accomplir parmi nous une scolarité plus ou moins entière, figurent dans le dénombrement qui précède. Mais il n'est pas sans intérêt de savoir exactement quel est leur nombre. Au début de l'année scolaire 1885-86, c'est à-dire au 15 octobre 1885, ainsi que je l'exposais dans mon rapport de l'an passé, le nombre total de nos élèves d'origine étrangère était de 500.

A la fin de l'année scolaire de 1885-1886, leur nombre était de 533.

Ils se décomposent ainsi : Américains 128 ; Russes 104 ; Roumains 60 ; Turcs (la plupart Arméniens) 45 ; Espagnols 49 ; Anglais 46 ; Suisses 24 ; Grecs 22 ; Serbes 12 ; Egyptiens 4 ; Italiens 9 ; Belges 2 ; Hollandais 2 ; Autrichiens 5 ; Allemands 8 ; Portugais 8 ; Persans 2 ; Norvégien 1 ; Danois 1 ; Australien 1.

Ajoutons enfin que, dans le cours de l'année scolaire, 31 élèves d'origine étrangère ont été reçus docteurs en médecine. Il en résulte que le nombre des nouveau-venus qui se sont fait inscrire pendant cet exercice n'est pas seulement de 23 (différence entre 510 et 533), mais de 54. »

« Les élèves femmes de la Faculté figurent dans le dénombrement général de nos étudiants ; mais il n'est pas non plus sans intérêt de savoir exactement quel est aujourd'hui leur nombre.

Le chiffre de ces élèves, qui était successivement élevé à 10, à 20, à 30, durant une période de dix années, avait tout à coup triplé, à la suite d'une immigration venue de l'étranger. L'an passé, au début de l'exercice 1885-86, elles étaient 103 ; en ce moment, nous en comptons 108. Le nombre de nos élèves femmes n'a donc que faiblement augmenté cette année.

Ces 108 élèves femmes se décomposent ainsi :

Russes 83 ; Anglaises 11 ; Françaises 7 ; Américaines 3 ; Autrichiennes 2 ; Roumaine 1 ; Turque 1. Total 108 (1).

Notons que, pendant l'exercice 1885-86, aucune femme n'a subi les épreuves du doctorat.

J'ai déjà signalé plusieurs fois la disproportion qui existe entre le chiffre des diplômes et le nombre des inscriptions prises par les femmes.

Si nous comparons ce tableau avec celui de l'an dernier, nous constatons que la faible augmentation de nos élèves femmes porte exclusivement sur les étudiantes d'origine russe. L'an passé, elles étaient au nombre de 76 ; on en compte aujourd'hui 83.

Les autres nations ne nous ont envoyé cette année aucune élève nouvelle. J'ajoute que, l'an dernier, nous avions 8 Françaises, et que nous n'en avons plus que 7.

Les causes de l'affluence extraordinaire des jeunes filles russes à la Faculté de médecine de Paris, chacun les connaît; j'ai à peine besoin de les rappeler. Les Facultés des huit Universités de l'empire russe *ne sont pas ouvertes aux élèves qui* sortent des gymnases de femmes, l'éducation littéraire et scientifique qu'elles reçoivent dans ces gymnases étant considérée dans leur propre pays comme insuffisante.

Aussi, depuis une douzaine d'années, le gouvernement avait installé à Saint-Pétersbourg un établissement spécial organisé pour elles. Des cours, des laboratoires et des salles d'hôpitaux leur étaient exclusivement réservés ; elles y recevaient un enseignement médical assez complet. Pour des motifs que nous n'avons pas à pénétrer, le gouvernement russe a décidé, il y a aujourd'hui quatre ans, qu'aucune élève ne serait plus admise au collège médical de Saint-Pétersbourg ; seules les élèves déjà reçues furent autorisées à y terminer les études commencées. A la fin de l'année scolaire 1885-86, ce collège a été définitivement fermé.

Ces résolutions, le gouvernement russe les prenait à l'époque, encore peu éloignée, où l'on accordait en France, avec une grande facilité, aux étrangers, la dispense des baccalauréats ; aussi les jeunes filles russes sont-elles accourues en foule. Aujourd'hui que, sur notre proposition, et après avis du comité de l'enseignement supérieur, on leur demande de justifier par quelques épreuves probatoires qu'elles ont reçu une éducation littéraire et scientifique à peu près analogue à celle que nous exigeons de nos élèves de tout sexe, aujourd'hui qu'elles savent d'avance ce qui les attend à leur arrivée, l'immigration s'est considérablement ralentie, et il est permis de penser que nous touchons à une période de décroissance.

On a beaucoup discuté, et on discute encore tous les jours, pour savoir s'il convient d'encourager la tendance qui pousse les femmes vers des études jusqu'ici à peu près exclusivement réservées aux hommes.

S'il s'agit de la haute culture de l'esprit, aussi bien dans l'ordre des lettres que dans l'ordre des sciences, cela, ce me semble, ne saurait faire doute pour personne. Il va d c soi que les lycées de jeunes filles qui se fondent en ce moment de toutes parts, ne seront pour l'élite de leurs élèves qu'une préparation initiale à des enseignements d'un ordre plus élevé : on ne saurait évidemment que s'en réjouir. Quelques femmes docteurs ès lettres ou ès sciences, au milieu de nos salons de plus en plus

(1) Il est assez remarquable qu'aucune élève femme ne se soit fait inscrire, jusqu'ici, à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris.

FEUILLETON

Enquête sur l'exercice illégal (*suite*).

Nous disions dans un dernier article qu'en droit, la loi établit pour nous un privilège, mais qu'en fait, la justice tolère et autorise presque la liberté absolue de l'exercice de la médecine.

Ce n'est pas que de temps en temps elle ne se livre à des poursuites contre des faits scandaleux d'exercice illégal ; nous en pouvons citer quelques exemples. En Maine-et-Loire, on poursuit ; mais dans le Morbihan on ne poursuit pas ; c'est de la tradition ; presque tous les coupables portent le costume de la religion, et en poursuivant on provoquerait un scandale, peut-être une émeute. Dans les Deux-Sèvres on poursuit d'une façon particulièrement remarquable et digne de mémoire.

Depuis 10 ans au moins le curé de Pioussay exerçait impunément la médecine et la pharmacie, et sa célébrité s'étendait depuis le centre de la France jusqu'aux stations de l'Océan; les voitures armoriées, se succédaient à sa porte, la magistrature y descendait en habit fort civil, et les princes des prêtres y accouraient des évêchés voisins ; à tout cela, le parquet était d'une indifférence olympienne ; il a fallu que notre homme s'imaginât de faire de la politique, en chaire, pour qu'on s'aperçût qu'il en prenait à son aise. La pénitence du reste n'a pas été bien lourde et on s'est bien gardé de le prendre en récidive.

Il y a quelque années, le Dr Barrion, de Châtillon, obligé de faire une absence prolongée, avait pris le parti de se faire remplacer dans sa clientèle par un interne des hôpitaux de Nantes parvenu presque à la fin de ses études. Dans le pays, le nombre des rebouteurs, sorciers et bonnes sœurs qui exercent la médecine est infini. Qui croit-on que le parquet ait poursuivi?—L'interne des hôpitaux! Assurément les bonnes sœurs ont dû rire ! A l'hôpital M. Guillon pouvait remplacer son chef, prescrire, panser, saigner; à Châtillon, il passe en police correctionnelle et il est condamné. Le voilà avec un casier judiciaire ; belle entrée dans la carrière médicale!

Les classes les plus intelligentes, pardon, les plus élevées de la société, ont des indulgences sans limites pour ces pauvres persécutés de la médecine.

Un juge du tribunal de *Lure*, peu de temps après une poursuite pour exercice illégal, fait demander le rebouteur poursuivi pour se faire remettre une entorse et le renvoie avec un riche présent.

En 1880, dans l'*Allier*, une bonne sœur, adon-

désertés, n'y feraient, certes, pas mauvaise figure. Peut-être y ramèneraient-elles un peu de la vie d'autrefois.

S'il s'agit des diplômes professionnels, les esprits sont plus divisés. En ce qui touche à la médecine, les partisans de l'égalité des sexes au point de vue de la profession font remarquer, non sans raison, que les femmes ont été, de tout temps, les auxiliaires de l'homme dans certaines parties de l'art médical. De tout temps, en effet, il y a eu des matrones ou des sages-femmes, c'est-à-dire des spectatrices attentives et expérimentées d'une fonction naturelle, qu'une éducation rapide et sommaire a mises en mesure de parer immédiatement et efficacement à des événements subits et prévus. Mais ce n'est pas là ce qu'on appelle la médecine; et le législateur ne s'y est pas trompé, car il a déterminé nettement les limites, d'ailleurs très étroites, de leur intervention. Il faut, en effet, au médecin, un certain nombre de qualités que les hommes, jusqu'à présent, passaient pour posséder à un plus haut degré que les femmes. Si tout le monde, jusqu'ici, s'est trompé sur ce point, si nous-même nous nous trompons, nous ne demandons qu'à reconnaître notre erreur.

Dans d'autres pays, en Angleterre, par exemple, les professeurs se sont réunis ; ils ont délibéré pour savoir si les femmes seraient admises dans les écoles de médecine. On leur a d'abord fermé la porte, puis on la leur a ouverte, après quoi on leur a refusé l'immatricule, puis le droit de passer des examens et de conquérir des grades. En fin de compte, il y a aujourd'hui, de l'autre côté du détroit, un certain nombre de doctoresses.

A Paris, la Faculté ne s'est point émue, elle ne s'est point réunie : elle n'a point délibéré sur ces matières ; elle n'a jamais songé à fermer ses portes. Sans trop se préoccuper de la robe du candidat ni de son pays d'origine, elle a ouvert ses registres à toute personne pourvue du double diplôme de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences, ou de grades reconnus équivalents.

On l'a dit déjà, dans notre pays de bon sens et de liberté, l'expérience se fera malgré tout ; en ce moment même elle se fait. Pour moi, grand partisan de la méthode expérimentale, je souhaite que la démonstration soit aussi complète que possible. Je la voudrais non pas seulement pour la femme-médecin, mais pour la femme-avocat, pour la femme-magistrat, voire même pour la femme-député. Les résultats d'une expérience ainsi élargie seraient, ce me semble, beaucoup plus saisissants et tout à fait décisifs. »

Palais des Sociétés savantes et Cercle médical

La plupart des Sociétés savantes de Paris, Association française pour l'avancement des Sciences, Société de chirurgie, Société *médicale des hôpitaux*, etc., pour ne citer que les principales, tiennent leurs séances dans des locaux tout à fait indignes d'elles, la plupart dans ce vieil immeuble en briques, style Louis XIII, de la rue de l'Abbaye, qui est aussi incommode que pittoresque. Or voici qu'une société financière s'est offerte pour mettre à la disposition de toutes ces sociétés un immeuble décent avec des salles assez vastes et assez nombreuses. Chaque société aura à sa disposition un local plus ou *moins* grand et pouvant renfermer ses archives ou sa bibliothèque.

Une des salles sera disposée pour pouvoir servir

---

née à l'exercice de la médecine, soignait des plaies et des blessures, — devinez avec quoi ? — avec de la fiente de porc ! Les plaintes de l'Association locale ne troublent point Monseigneur; il laisse même entrevoir à nos confrères que ce sont eux qui ont tort.

En 1884, comparaît devant le tribunal de *Bordeaux* un sieur Jean *Chauvet*.

Il avait été condamné en 1849 à 4 ans de prison pour attentat à la pudeur;

en 1861, à 2 mois de prison pour vol;

en 1880, à 8 mois de prison pour vol.

Il est poursuivi cette fois pour exercice illégal, vol et escroquerie.

Le substitut du procureur, tout en soutenant l'accusation, ne s'oppose pas à l'indulgence des juges.

Coût : un mois de prison et 16 francs d'amende.

— Par contre, un médecin distingué, ex-interne des hôpitaux de Paris, poursuivi pour un accident survenu dans l'exercice régulier de son art, est condamné par le tribunal à 12.000 francs de dommages-intérêts, sans compter les frais ! J'en passe et des meilleurs ; mais je ne puis omettre ce dernier fait :

— Un de mes confrères de la *Vendée* m'écrit que, dans sa localité même, une dame donne des consultations, délivre des médicaments et s'impose partout où elle sait qu'un malade est alité; la tolérance de nos confrères a fini par la convaincre qu'elle est indispensable et elle vient de faire signer une pétition pour *obtenir le prix Monthyon*.

Je vois d'ici quelques-uns de mes amis sourire. Pourquoi non ? Mélanie *Suhel* a bien été couronnée par l'Académie, et élevée à la gloire par M. Rousse.

Que l'on consulte le discours sur les prix de vertu, année 1883.

Voici comment l'éminent académicien s'exprime :

« Nous donnons une somme de 1,500 fr. à Mélanie « Suhel qui habite une petite ville du département « de la *Manche*.

« Mélanie est au service d'un honorable pharma« cien. Comme ces servantes de curés qui finissent « par attraper un peu de latin en époussetant le « missel et les bréviaires, celle-ci a appris un peu « de médecine en nettoyant les bocaux de l'officine « et en feuilletant en cachette le codex (hum ! « hum ! Mais passons !)

« Elle emprunte des recettes à la pharmacie, et « de temps en temps, elle cache, sous son tablier, « quelques drogues ; fière de ses talents, elle cher« che des maladies et des malades. »

Une seule chose, j'en conviens, manquait à Mélanie Suhel pour être canonisée ; elle n'était pas bonne sœur !

(*A suivre*). Dr ORDONNEAU.

de restaurant, une autre de salle de travail, de lecture et une autre de salon de conversation ; bref, la création d'un cercle médical que beaucoup de médecins ont souhaitée, et qui jusqu'alors n'avait pu aboutir, pourrait bien sortir de cette combinaison nouvelle. Notre confrère, L.-H. Petit, qui nous fait connaître ces détails, ajoute :

« Le choix du local a été un peu difficile ; la commission nommée par les différentes Sociétés savantes hésitait entre deux projets : acheter un terrain et y faire bâtir un hôtel ; acheter un immeuble qu'on pourrait approprier à sa nouvelle destination. On finit par trouver ce que l'on désirait au centre du quartier Latin, dans le Paris scientifique, au voisinage du boulevard Saint-Michel, du boulevard Saint-Germain et de l'Ecole de médecine, dans la rue des Poitevins. Il existe là un immense hôtel, de construction moderne, l'hôtel Panckoucke, dont la porte d'entrée se voit au bout de la rue des Poitevins. Les pièces actuelles sont vastes assurément, mais trop peu encore pour l'usage auquel on les destine ; mais il sera facile de remédier à cet inconvénient en abattant des cloisons, etc. L'hôtel est maintenant acheté, et même une Société, la Société de médecine de Paris, je crois, y est déjà installée. D'autres Sociétés savantes, dont les baux de location sont sur le point d'expirer, l'Association française pour l'avancement des sciences, la Société de chirurgie, la Société médicale des hôpitaux feront de même, et bientôt toutes les Sociétés qui siègent soit au palais de l'Abbaye, soit dans des annexes de l'Ecole de médecine, dans les mairies des arrondissements voisins, ne tarderont pas à s'y installer aussi.

Le choix du local paraît à première vue peu heureux, parce qu'on est obligé de prendre pour arriver à l'hôtel Panckoucke plusieurs petites rues étroites et tortueuses qui rappellent un peu trop le vieux Paris. Heureusement tout le quartier limité par les boulevards Saint-Michel et Saint-Germain, les rues Saint-André-des-Arts et de l'Ancienne-Comédie, est appelé à subir des transformations par suite de la continuation du boulevard Saint-André, qui de la place Saint-Michel doit aller se terminer à l'angle de la rue de l'Eperon. Le directeur des travaux de Paris, M. Alphand, consulté à cet égard, paraît rempli des meilleures dispositions et a promis de faire tout son possible pour dégager bientôt l'hôtel Panckoucke.

La réunion de plusieurs Sociétés savantes dans un même local nous paraît avoir un grand avantage, en outre de ceux que lui ont trouvé les promoteurs de l'entreprise : c'est de posséder tous les éléments d'une bibliothèque qui sera très précieuse non seulement pour les membres des sociétés, mais encore pour les étudiants, qu'on pourra y admettre moyennant certaines conditions.

En effet, on envoie dans les grandes Sociétés savantes de Paris, même sans y compter l'Académie des sciences et l'Académie de médecine, qui resteront probablement toujours en dehors de cette réunion, un grand nombre de brochures, de tirages à part, tous les journaux scientifiques de France et beaucoup de l'étranger. Tous ces journaux et brochures permettront de constituer une bibliothèque unique et très utile, car elle contiendra beaucoup d'exemplaires en double qui pourront servir à des prêts, des échanges, etc., toutes choses qui laissent à désirer dans les bibliothèques officielles, où les travailleurs sont nombreux et les exemplaires en double très rares.

Nous avons entendu dire que chaque Société savante tiendrait probablement à posséder sa bibliothèque à elle ; je n'en crois rien ; il suffira de considérer le grand avantage qu'on pourra retirer d'une bibliothèque commune, pour ne pas persister dans le système des petites bibliothèques séparées. Ce qu'on pourra très bien faire, et même avec avantage, ce sera de réunir ensemble les ouvrages relatifs à un même sujet, anatomie, physiologie, hygiène, médecine, médecine légale, chirurgie, etc., chaque Société pourra ainsi se rendre compte facilement de l'importance et de l'état de sa bibliothèque, d'une part, et de l'autre la réunion de toutes ces bibliothèques particulières dans une même salle permettra aux travailleurs de pouvoir en user avec la plus grande commodité et sans perte de temps. Quant à la réunion de toute la presse scientifique dans un même local, au jour le jour, nous n'avons pas besoin d'insister sur son utilité pour un cercle, dont elle sera assurément la plus grande attraction.

Le traitement de la syphilis par les injections hypodermiques de calomel (1)

Voici des renseignements complémentaires sur cette question d'actualité.

M. E. Besnier apporte le bilan de ses expériences cliniques relativement au traitement de la syphilis par la méthode de Scarenzio (injections hypodermiques de calomel). M. Balzer a fait connaître, dans la précédente séance, les résultats qu'il en a obtenus, il a parfaitement indiqué les précautions antiseptiques minutieuses qu'elles réclament, signalé les accidents locaux possibles et donné une formule de la solution à injecter. M. Besnier corrobore sur beaucoup de points ce qu'a dit son collègue ; toutefois, il croit indispensable de faire certaines réserves.

Il proteste d'abord contre l'adoption d'une formule fixe de solution, fixe quant aux doses à injecter et quant aux intervalles qui doivent séparer les injections ; pas plus dans le traitement de la syphilis que dans celui de toute autre maladie, il ne faut perdre de vue les conditions individuelles variables relatives à l'âge des malades, à leurs antécédents morbides, à la gravité et à l'ancienneté de leurs accidents syphilitiques.

En fait d'accidents locaux, on en observe peu avec l'oxyde jaune de mercure ; il est plus fréquent d'en voir survenir après l'emploi du calomel et ils se présentent d'une façon plus insidieuse ; pendant les trois ou quatre premiers jours le malade ne s'aperçoit de rien, puis du troisième au sixième apparait un nodus sous-cutané qui atteint le volume d'une

(1) Société médicale des hôpitaux, 25 mars 1887.

noix, pour se résoudre avec lenteur ultérieurement, ou bien s'abcède, comme l'a dit M. Balzer ; mais en tout cas la durée de ces accidents locaux dure de 1 à 3 semaines. A propos de leur fréquence, M. Besnier signale une erreur que l'on commettrait si on enregistrait sans être prévenu le résultat brut des statistiques publiées à l'étranger. Le pourcentage est établi d'après le nombre des injections pratiquées, mais non d'après le nombre des malades traités. Or chaque malade reçoit plusieurs injections. Ainsi, telle statistique allemande qui accuse 4 pour 100 d'abcès, signifie en réalité 20 pour 100.

M. Besnier s'oppose aussi à ce qu'on considère comme guéris les malades qui, ayant été traités par les injections et sortis de l'hôpital débarrassés d'accidents syphilitiques, ne sont plus revenus demander les soins du médecin. Car, depuis que la méthode est mise en expérience dans son service, M. Besnier a constaté qu'elle faisait le vide dans ses salles ; soit pusillanimité, soit défiance, beaucoup de malades préfèrent passer dans d'autres services pour y être traités par les méthodes anciennes. M. Besnier voit se reproduire un épisode nosocomial auquel il avait déjà assisté lorsqu'il a expérimenté naguère les injections de peptones mercuriques, préconisées par M. Martineau.

Parmi les accidents à distance attribuables aux injections de calomel, M. Besnier signale des douleurs lombo-dorsales et cruro-sciatiques ; la stomatite et l'entérorrhée mercurielles — celle-ci trop souvent passée sous silence — n'apparaissent pas beaucoup plus fréquemment qu'avec les autres méthodes. Il n'a pas observé d'albuminurie. Il attire l'attention des observateurs ultérieurs sur certaines céphalées et mélalgies obscures que des malades ont accusées, et dont le traitement est peut-être responsable plus que la maladie. Il signale en outre un cas de syphilis méningée survenue 21 jours après le début du traitement, et il se demande si celui-ci est absolument irresponsable de la précocité de celle localisation de la maladie.

M. Besnier s'élève contre la théorie *romanesque* qui a servi de point de départ à l'institution de la méthode de Scarenzio ; on a pensé que le mercure, introduit à l'état de calomel, ne devant subir que très lentement, au contact des chlorures de nos humeurs, la surchloruration qui le fait passer à l'état de sublimé soluble, imprégnerait l'organisme d'une façon continue et prolongée. Mais une courte réflexion suffit pour démontrer ce que ce raisonnement a de chimérique. Les 0,40 centigr. de calomel de chaque injection donnent naissance à 0,23 centigr. de sublimé tout au plus ; le surplus, demeurant à l'état de mercure métallique ; calcul fait, la quantité de bichlorure qui peut agir par jour sur les 50 kilogr. de tissus du corps n'est pas supérieure à un milligramme. Comment admettre qu'une dose aussi infinitésimale puisse suffire à entraver la pullulation incessante du germe syphilitique.

Parmi les accidents syphilitiques, il en est qui guérissent sans doute par les injections du calomel, ce sont les syphilides exanthématiques secondaires et tertiaires ; mais les vrais plaques muqueuses ne guérissent pas, si on ne les traite pas en même temps par des cautérisations ; il serait imprudent de compter sur les injections du calomel pour les syphilides secondaires néoplasiques, les accidents ulcéreux tertiaires, les manifestations oculaires et cérébrales.

M. Besnier cite deux observations : l'une, d'un malade qui paraissait avoir été guéri par les injections hypodermiques ; 13 jours après, les plaques muqueuses reparaissaient. Un autre fut pris, trois semaines après la fin du traitement, d'une syphilis méningée à forme comateuse qui n'a cédé qu'à l'emploi de l'iodure de potassium introduit par l'estomac.

En résumé, M. Besnier pense que le traitement de la syphilis par la méthode nouvelle n'a pas été encore assez expérimenté pour qu'on puisse engager les praticiens à l'appliquer dans leur clientèle.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 mars.

Expériences sur les mouvements rythmiques du cœur.

MM. *G. Sée* et *E. Gley*. — En raison des diverses opinions émises sur les causes des contractions rythmiques du cœur, nous avons entrepris des recherches expérimentales aussi précises que possible.

Nos expériences, au nombre de trente, dont les premières remontent au mois de juillet 1886, ont été faites sur le chien profondément curarisé ou bien chloralisé et curarisé, les deux nerfs sympathiques ayant été ou non sectionnés et la respiration artificielle étant convenablement établie. La poitrine de l'animal était largement ouverte et le péricarde fendu de bas en haut. Dans ces conditions, si on enfonce une aiguille juste au point d'entrecroisement des voies d'innervation du cœur, c'est-à-dire à la limite inférieure du tiers supérieur du sillon interventriculaire antérieur, on voit se produire *immédiatement* des contractions des ventricules très violentes, mais irrégulières, désordonnées, folles, qui s'affaiblissent très vite en se transformant en trémulations fibrillaires. Celles-ci cessent bientôt en même temps que les ventricules se dilatent et que les oreillettes continuent à battre rythmiquement. Dès que les trémulations ventriculaires ont commencé, le pouls artériel disparaît, la pression du sang dans les artères tombe à zéro et, par aucun moyen, on ne peut rétablir la fonction rythmique des ventricules.

Mais, ce résultat n'étant pas constant (3 fois sur 14), nous avons eu recours aux excitations électriques et nous avons pu constater que la faradisation du point du cœur indiqué plus haut, et que l'on peut considérer comme une sorte de nœud vital, avec un courant de moyenne intensité, détermine les trémulations ventriculaires caractéristiques, que les nerfs pneumogastriques ou modérateurs aient été ou non sectionnés ou paralysés par l'atrophie. Cependant, si l'intensité des excitations varie, les résultats ne sont plus les mêmes.

Ce n'est pas seulement à la suite de l'électrisation du tiers supérieur de la cloison interventriculaire que nous avons observé ces phénomènes, c'est

aussi par l'excitation, dans les mêmes conditions, du tiers supérieur, et même des parois ventriculaires.

Au point de vue clinique, ces recherches ont un véritable intérêt. L'observation clinique et l'anatomie pathologique, en effet, avaient montré à l'un de nous que la maladie, appelée angine de poitrine, est due à une oblitération des artères nourricières du cœur, ou artères coronaires. Or, par l'injection d'une poudre inerte dans ces artères ou par la ligature de l'une d'elles, on produit des trémulations identiques à celles que nous venons d'étudier. Il est donc permis de supposer que si, par suite de l'oblitération d'une artère coronaire, il y a irritation des amas de cellules nerveuses placées dans la cloison interventriculaire, les contractions des ventricules, déjà troublées, peuvent se transformer en oscillations désordonnées rapidement mortelles. Il nous semble, en tout cas, que le mécanisme de l'angine de poitrine peut être singulièrement éclairé par la connaissance exacte de tous ces faits et des conditions dans lesquelles ils se produisent.

MM. *Domingos Freire, Rebourgeon et P. Gibier* ont trouvé un certain microcoque constamment dans le sang, l'urine, le tube digestif des malades atteints de *fièvre jaune*; ils l'ont cultivé et ont vu sa virulence s'atténuer par la culture. Des milliers d'inoculations avec ces cultures atténuées ont été faites au Brésil depuis les premiers travaux de M. Domingos Freire.

De la calorimétrie chez les enfants malades.

M. *P. Langlois* a pu étudier sur les enfants malades, des modifications dans la production de chaleur, en se servant du calorimètre à siphon imaginé par M. Ch. Richet.

Il croit pouvoir tirer de ses observations les conclusions suivantes :

1° Dans les maladies chroniques avec hypothermie, il y a diminution de production de calorique ;

2° Dans les maladies avec hyperthermie, il existe une augmentation dans la production de chaleur ;

3° En résumé, contrairement à l'opinion de quelques auteurs, la thermogénèse et la température paraissent être en *corrélation directe* dans les maladies.

Des modifications du pouls dans la morphinomanie.

MM. *B. Ball* et *O. Jennings*. — Parmi les nombreux phénomènes qui résultent de l'usage de la morphine introduite dans l'économie par voie d'injections hypodermiques, il en est un qui n'a pas encore attiré l'attention des observateurs, et qui mérite cependant d'être signalé. En effet, il nous offre à la fois un moyen de diagnostic, une indication relative au traitement et une explication rationnelle de quelques-uns des effets produits par ce poison.

Le pouls, étudié chez ces sujets à l'aide des tracés sphygmographiques, présente trois aspects différents.

Pendant l'état de *satisfaction*, quand le sujet est encore sous l'influence d'une piqûre récente, faite à dose suffisante, le pouls est sensiblement normal, mais avec une légère augmentation de tension, à la fin de la systole.

Lorsque, au contraire, le sujet se trouve en état de besoin, lorsqu'il éprouve le malaise caractéristique, qui pousse irrésistiblement les malades à revenir à leur stimulant habituel, le tracé du pouls présente un *plateau* des plus caractéristiques, de telle sorte que la portion de la courbe qui correspond à l'impulsion systolique est absolument tronquée.

Enfin, quand le malade a été privé de morphine pendant plusieurs jours, il se produit un état de fièvre, avec une augmentation de la température, qui peut atteindre et même dépasser 40°, et, sous l'influence de cette poussée fébrile, l'ampleur de la systole reparaît. Le *plateau* que nous venons de signaler est un indice de l'affaiblissement de l'impulsion cardiaque, et cet état de la circulation explique le sentiment de défaillance qui trouble si profondément le moral des malades ; c'est dans ces conditions que s'éveille le *besoin* du stimulant habituel qui constitue essentiellement la maladie.

Chez les malades qui dissimulent leur vice, la présence de ce *plateau* dans un tracé sphygmographique constitue un élément infaillible de diagnostic.

Enfin, le traitement doit essentiellement consister à faire disparaître l'affaiblissement de l'impulsion cardiaque et le besoin intermittent de morphine qui l'accompagne.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 mars.

Installation de M. Bergeron dans les fonctions de secrétaire perpétuel.

Election de M. L. Thomas (de Tours) comme correspondant national par 41 suffrages contre 23 donnés à M. Surmay (de Ham), 5 à M. Dezanneau (d'Angers) et 2 à M. Cosmadeuc (de Vannes).

Ouverture du pli cacheté déposé le 15 novembre 1885 par M. Roussel (de Genève) relatif au traitement de la *phthisie par les injections sous-cutanées d'eucalyptol*.

M. *Dujardin-Beaumetz*, qui a expérimenté ce traitement, n'a pas obtenu d'aussi heureux résultats que ceux dont a parlé M. Ball dans la précédente séance. Il est vrai que l'expectoration diminue souvent, comme par l'emploi des autres balsamiques, mais les crachats continuent à contenir des bacilles. De plus, la suppression rapide de l'expectoration est quelquefois suivie d'une dyspnée plus considérable, et l'exhalation d'eucalyptol par les voies respiratoires incommode les malades au point de leur enlever l'appétit.

En résumé, médication qui peut être utile dans certains cas, mais qui n'est nullement curative.

L'eau de rivière et la fièvre typhoïde à Paris.

MM. Chantemesse et Widal démontrent par des statistiques victorieuses que les épidémies de fièvre typhoïde dans les années 1882, 1885, 1886 et 1887 ont toujours suivi de très près la distribution d'eau de l'Ourcq, de la Marne et de la Seine à la population. L'enquête faite dans les casernes où le chiffre des effectifs et de la morbidité typhique est mis en parallèle avec la qualité des eaux de boisson fournit des résultats bien significatifs.

Ainsi en 1886, pour des effectifs moyens sensiblement égaux dans les casernes de sapeurs-pompiers la morbidité typhoïde a été de 17 % dans la caserne

de Château-Landon, neuve et bien construite, mais où les hommes buvaient de l'eau de Marne non filtrée ; de 10 à 12 % dans les casernes Château-d'Eau et Sévigné, où ils buvaient de l'eau de l'Ourcq filtrée, et dans la vieille caserne Jean-Jacques Rousseau où ils buvaient de l'eau de Vannes, seulement 0,7 %.

L'examen des entrées par fièvre typhoïde dans les hôpitaux civils démontre non moins péremptoirement les rapports de cause à effet entre la distribution des eaux de rivière et l'apparition des épidémies typhoïdes. Les périodes d'incubation sont variables suivant la teneur de l'eau contaminée en microbes pathogènes.

Les graphiques des nappes souterraines pris à Colombes en 1882, à Paris en 1886 et 1887 démontrent que la célèbre théorie de Pettenkoffer est vraie dans la majorité des cas, à condition qu'on ne l'envisage pas d'une manière trop étroite. Ce qu'il faut considérer, ce n'est pas la hauteur de la nappe souterraine du lieu où l'on réside et où règne la maladie, c'est la hauteur de cette nappe au point où est recueillie l'eau.

La théorie de Pettenkoffer ne contient qu'une partie de la vérité au sujet de l'étiologie de la fièvre typhoïde, mais cette partie de vérité est incontestable. La découverte du bacille typhique nous permet de compléter l'explication. Un abaissement de la nappe souterraine, c'est la diminution du débit d'une rivière ou d'une source, c'est l'accumulation sous un plus petit volume des germes nocifs qu'elle peut contenir. D'autre part, dans un terrain perméable, c'est l'attraction des microbes vers les parties déclives, c'est-à-dire vers les origines de la collection des eaux. Le contraire a lieu naturellement quand la nappe d'eau s'élève, la quantité de l'eau dans les sources ou les rivières est augmentée et pour un même poids sa virulence est détruite ou affaiblie. Les organismes pathogènes au lieu d'être attirés vers ces sources sont alors projetés loin d'elles par l'ascension de l'eau souterraine.

Dans les expériences faites par les auteurs, les liquides et les bouillons riches en bacilles et en spores typhiques ont été stérilisés par une ébullition de quelques minutes. La conséquence pratique est qu'il suffit de faire bouillir l'eau potable pour se mettre à l'abri des germes typhiques qu'elle peut contenir.

M. *Léon Colin* fait remarquer que depuis trois mois déjà, grâce aux instances et aux démarches du corps de santé militaire, il n'est pas une caserne qui soit privée d'eau de source. Il espère même que bientôt les casernes seront exclusivement alimentées par cette eau.

M. *de Ranse* dit qu'il serait utile que la population parisienne fût toujours prévenue lorsqu'on distribue de l'eau de Seine à la place de l'eau de source.

Le sulfate de spartéine et la nitro-glycérine dans le traitement de la morphinomanie

M. *Ball* complète la communication faite la semaine dernière à l'académie des sciences. Chez les morphinomanes que l'on prive de morphine, ce sont les troubles cardiaques qui dominent. En ce qui concerne le traitement, le problème à résoudre consiste à supprimer le stimulant d'habitude et à le remplacer au moment du besoin par un médicament capable de réveiller l'activité de la circulation.

On a préconisé comme succédanés de la morphine un grand nombre de médicaments divers : l'alcool, le café, la paraldéhyde, la cocaïne, l'apomorphine, le chloral, la vanilline, la pilocarpine, etc. Mais la plupart de ces médicaments se trouvent être non seulement insuffisants, mais encore nuisibles.

MM. *Ballet*, *O. Jennings* ont pensé qu'il serait préférable de s'adresser aux toniques du cœur pour relever l'action de cet organe aux moments où il commence à défaillir. Dans ce but, ils se sont adressés au sulfate de spartéine, qui peut très facilement s'administrer par voie d'injections hypodermiques. Au moment de la défaillance cardiaque, on administre une piqûre de deux à quatre centigrammes, et au bout de quelques minutes le pouls se relève ; le malaise disparaît.

Un médicament déjà connu dans le traitement de l'angine de poitrine et des affections cardiaques peut apporter au malade un soulagement momentané, c'est la nitro-glycérine administrée sous forme de quelques gouttes déposées sur la langue. Ses effets se font sentir au bout de quelques secondes, ils ont disparu au bout d'un quart-d'heure environ, laissant derrière eux une céphalalgie assez persistante. On pourrait donc utiliser ce médicament dans les cas légers où un soulagement rapide mais peu durable est suffisant pour parer aux besoins de la cause.

Ce traitement est applicable surtout à la période où le morphinomane, privé de son poison d'habitude, traverse une période d'angoisse qui fait souvent reculer les plus déterminés.

Au bout de quelques semaines le morphinomane ne souffre plus des privations qui lui sont imposées, et s'il n'est pas encore guéri, il est du moins sorti de la captivité, où le retenait un impérieux besoin.

Dès lors, il s'agit de fortifier la constitution dans son ensemble, et de garantir le malade contre ses propres égarements, par une surveillance prolongée.

Inspectorat des eaux minérales.

La discussion se continue par un discours de M. *Hardy* qui se déclare partisan du maintien des inspecteurs locaux et demande que les inspecteurs soient rétribués comme par le passé.

M. *Brouardel* résume la discussion et en son nom personnel propose à la commission d'étudier un nouveau projet qui se résume ainsi.

La surveillance des stations est d'ordre gouvernemental et les intérêts généraux sont liés à leur prospérité.

Cette surveillance générale sera exercée par le ministre du Commerce. Le Comité consultatif d'hygiène publique provoquera l'envoi de délégués spéciaux, ingénieurs des mines, chimistes, médecins, suivant les cas et les besoins.

La surveillance locale sera exercée par le préfet. Le conseil d'hygiène du département provoquera la délégation soit de l'ingénieur des mines du département, membre du conseil d'hygiène, soit d'un chimiste également pris dans son sein. L'inspecteur de l'hygiène du département sera chargé de la surveillance hygiénique et administrative.

Vous savez, en effet, messieurs, qu'un projet du gouvernement et un autre projet de M. Siegfried et d'un grand nombre de ses collègues prévoient la création de ces inspecteurs de l'hygiène publique. Cet inspecteur qui n'aura aucun intérêt dans la station, qui ne pourra y exercer la médecine, échappera à l'autorité des fermiers ou propriétaires des sources et aux rivalités possibles des médecins.

Le service local sera fait dans les petites stations.

— celles qui ne comptent que cinq médecins au plus — par un médecin nommé par le ministre du commerce sur la présentation du comité consultatif d'hygiène. Ce médecin serait chargé du traitement des indigents et des deux rapports à envoyer au ministère et à l'Académie.

Dans les stations qui ont plus de cinq médecins, ceux-ci seraient réunis une fois par an sous la présidence du préfet. Ils nommeraient une commission de trois membres, au plus, qui choisiraient leur président et seraient chargés de toutes les fonctions dévolues par l'article précédent au médecin délégué.

Dans le cas où les médecins ne pourraient tomber d'accord pour choisir leurs délégués et dans celui où ceux-ci ne rempliraient pas leurs devoirs, le ministre, le comité consultatif entendu, désignerait trois médecins pour remplacer les précédents.

MÉDECINE PRATIQUE

Travaux récents relatifs à la tuberculose.

L'Œuvre de la tuberculose et l'Institut Pasteur. — *La culture et l'atténuation des bacilles.* — *Louis Thaon.* — *La Karyokinèse.* — *L'iodoforme et le tannin.*

I

Le manifeste lancé, l'année dernière, par M. Verneuil, lorsqu'il fit appel à ses confrères et aux gens du monde, afin de créer un fonds destiné à instituer des recherches pour la cure de la tuberculose, a eu certes du retentissement et n'a pas été sans résultat, puisque le comité a reçu environ 55.000 francs. Toutefois, il est permis de trouver que ce résultat a été insuffisant, comparé aux deux millions que le public va avoir offert à l'Institut Pasteur. Si l'Institut Pasteur ne devait servir qu'aux inoculations antirabiques, il y aurait donc lieu de regretter cette inégalité dans la répartition de la générosité nationale ; car il importe sans doute infiniment plus à l'humanité de se préserver de la tuberculose que de la rage.

Mais il faut reconnaître, et le public semble l'avoir compris, malgré son incompétence, que l'Institut Pasteur, créé en vue d'étudier toutes les maladies infectieuses, rendra autant et peut-être plus de services à l'étude de la tuberculose que la création du fonds d'encouragement dont M. Verneuil a pris la généreuse initiative. Ce qui fera peut-être la supériorité de l'Institut Pasteur, c'est l'unité de direction, la concentration des efforts, la méthode dans les recherches.

Dans la croisade entreprise contre le bacille de la tuberculose, la base du plan de campagne est logiquement l'étude des conditions qui entravent son développement. Il faudrait tout d'abord connaître les modifications qu'il peut subir par suite des changements dans la nature du milieu de culture. Or on avait jusqu'ici très-mal réussi en France les cultures du bacille de la tuberculose. Nos plus éminents micrographes ont été un certain temps avant d'obtenir les mêmes résultats que Koch. Mais on peut se rendre compte des progrès accomplis depuis peu dans cette voie en lisant un mémoire inséré dans le 1er fascicule des Annales de l'Institut Pasteur par MM. *Nocard et Roux* (1). Ces deux habiles micro-biologistes ont perfectionné très notablement le procédé de Koch *en additionnant de glycérine le sérum gélatinisé de Koch*, la gélose nutritive et les bouillons de culture. Forts de ces premiers résultats qui leur permettent d'obtenir rapidement et à coup sûr de bonnes cultures, ils nous promettent un prochain exposé des obstacles que l'addition de telle ou telle substance peut opposer à la culture du bacille.

II

C'est par cette voie logique que l'on doit s'avancer vers le but, et on peut se demander si le court mémoire dont nous venons de parler, ne marque point un pas en avant plus grand que la publication du premier fascicule des *Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose*, qui vient de paraître et qui contient une vingtaine de mémoires de valeur très inégale. M. Verneuil et ses collègues du comité de direction de l'*Œuvre de la tuberculose* ont cédé au désir bien naturel de prouver aux souscripteurs que les sommes envoyées avaient profité à de nombreux travailleurs. Le lecteur sera peut-être un peu désappointé, après avoir terminé ce premier fascicule, de n'en pas emporter une impression plus consolante. Mais qu'y faire ?

Le volume s'ouvre par une notice biographique consacrée au regretté Louis Thaon, et due à la plume élégante du zélé secrétaire de la rédaction des publications de l'Œuvre de la tuberculose, M. L. H. Petit, sous-bibliothécaire de la Faculté. Celui-ci rappelle avec raison que Thaon a le mérite d'avoir contribué à reconstruire l'unité de la tuberculose, si fâcheusement sapée par les travaux allemands. « Son nom restera, avec ceux de Laennec, de Villemin et de Grancher, en tête de ceux qui ont le plus contribué à éclairer la question toute française de la tuberculose. »

M. le professeur *Cornil* a étudié les *phénomènes de Karyokinèse dans la tuberculose*. Ce mot va sans doute surprendre certains de nos lecteurs peu familiarisés avec les études micrographiques.

La Karyokinèse (karuon, noyau, kinésis, mouvement) est l'ensemble des phénomènes qui se passent dans les noyaux et les cellules en voie de division indirecte. Naguère on ne connaissait qu'un mode de reproduction des cellules, leur formation nouvelle par la segmentation directe du noyau, suivie bientôt de celle du protoplasma cellulaire. On a pu maintenant analyser toute une série de phénomènes qui s'accomplissent dans le noyau d'une cellule, lorsqu'il passe de l'état de repos, ou état statique, à l'état de mouvement, qui aboutit à sa division. Ces phénomènes sont mis en évidence par l'emploi des réactifs colorants, qui rendent apparents, sous forme de dessins ou figures dites Karyokinétiques, les mouvements dont le noyau et la cellule sont le siège.

Cette recherche, appliquée aux tissus pathologiques néoformés, permet de déterminer quels sont parmi les éléments cellulaires qui les composent ceux qui offrent les signes d'une multiplication, et, par conséquent, démontre l'origine même du néoplasme aux dépens de telle ou telle catégorie de cellules. Ainsi, grâce à la recherche des figures karyokinétiques, M. Cornil a pu conclure que l'épithéliome et le car-

(1) Annales de l'Institut Pasteur, publiées par M. Duclaux, professeur à la Sorbonne, et un comité de rédaction, composé de MM. Chamberland, Grancher, Nocard, Roux, Straus.

cinome s'accroissent uniquement par la multiplication de cellules d'épithélium.

Or, pour ce qui est de la tuberculose, les observations de Baumgarten et de M. Cornil prouvent que, sous l'influence de l'irritation produite dans les tissus par l'envahissement des bacilles, les cellules fixes de ces tissus (cellules du tissu conjonctif, cellules endothéliales des vaisseaux et des membranes, cellules épithéliales des muqueuses et des organes glandulaires, tels que le foie et le rein), sont les premières à entrer en multiplication et reproduisent des cellules épithélioïdes, qui, comme on le sait, constituent par leur agglomération le premier rudiment de la néoplasie tuberculeuse. En outre, les vaisseaux entraînent les bacilles qui s'arrêtent dans les capillaires avant de se répandre autour d'eux. Les parois vasculaires altérées par l'irritation bacillaire laissent alors sortir par diapédèse des globules blancs qui pénètrent les amas épithélioïdes en voie de formation et achèvent de constituer les nodules tuberculeux.

Si quelques-uns de nos lecteurs se souviennent des notions anatomo-pathologiques relatives à la structure du tubercule que nous avons résumées en 1882 dans ce journal (1), ils pourront voir combien la connaissance de la formation de cette néoplasie a fait de progrès depuis cette époque, grâce aux perfectionnements croissants de la technique micrographique.

III

Les recherches relatives à *l'atténuation du virus* de la tuberculose entreprises sur les animaux par M. le Dr *Gosselin*, professeur suppléant à l'École de médecine de Caen, ne sont pas de nature à faire espérer qu'on puisse réaliser de sitôt la prophylaxie. Les animaux regardés jusqu'à un certain point comme réfractaires à la tuberculose, chien, chat, corneille, ne le sont nullement : les bacilles, en passant par leur organisme, ne perdent rien de leur puissance. Voici encore quelques conclusions des recherches de l'auteur. Un certain nombre de tuberculoses dites bénignes, tuberculoses locales ou chirurgicales des os, des articulations, du testicule, ne doivent leur caractère de bénignité qu'au milieu dans lequel elles évoluent. Le principe actif n'est nullement amoindri, il reprend sa vitalité ordinaire aussitôt qu'il se retrouve dans des conditions favorables.

Le sang d'un tuberculeux à la période de cachexie amène par injection la tuberculose, et les animaux injectés sans résultat avec du sang pris à la première période, ne sont pas vaccinés ; ils sont aptes à devenir tuberculeux comme les autres.

M. Gosselin a essayé de stériliser l'organisme soit avant, soit après l'inoculation de la tuberculose. Dans le premier cas, l'imprégnation organique par le bichlorure et le biiodure n'a pas empêché les bacilles d'évoluer ; elle a même paru quelquefois hâter la mort en débilitant l'organisme. La même conclusion est relative à l'administration du sublimé après l'inoculation.

Mais l'administration de *l'iodoforme*, faite très peu de temps après l'inoculation, a semblé empêcher l'évolution des bacilles ; ceux-ci restent à l'état latent pour ne reprendre leur vitalité qu'après la cessation du traitement. Cette conclusion confirme ce que la clinique a déjà fait connaître : le traitement des abcès tuberculeux par les injections d'éther iodoformé à 1 pour 10 est encore le plus efficace que nous possédions et l'iodoforme donne d'assez bons résultats dans certaines phthisies.

C'est sur le *tannin* que MM. *Raymond* et *Arthaud* ont été amenés par leurs recherches à fonder quelques espérances.

Les observateurs concluent que la tuberculose est une maladie essentiellement polymorphe, offrant tous les degrés possibles de virulence, qui dépendent et de la virulence propre du bacille et du terrain sur lequel il vit. Ces différences de marche sont liées à des variations de formes qui ont pour point de départ inférieur la zooglée de Malassez et pour étape ultime le court et mince bâtonnet des tuberculoses aiguës ; entre ces deux formes extrêmes, on peut rencontrer beaucoup d'intermédiaires.

Les conditions qui augmentent ou diminuent la virulence des bacilles sont multiples dans les milieux de culture, plus complexes encore dans l'organisme, mais peuvent être assez nettement déterminées dans certains cas pour pouvoir donner lieu à des applications thérapeutiques.

De tous les agents employés par MM. Raymond et Arthaud pour rendre l'organisme réfractaire à la tuberculose, c'est le tannin qui leur a paru donner les meilleurs résultats. « Le tannin, disent-ils, administré à la dose de 1 à 5 grammes par jour, jouit, surtout dans le traitement des formes et des poussées aiguës de tuberculose, d'une efficacité bien supérieure à celle de l'iodoforme et du sulfure de carbone. Il ne donne lieu en thèse générale qu'à peu de phénomènes d'intolérance. Chez presque tous les malades on a vu dès les premiers jours la toux devenir moins fréquente, l'expectoration moins abondante, les sueurs s'arrêter, la faiblesse générale diminuer et au bout de 15 jours il a été presque constant d'observer, chez tous les malades qui n'avaient point de lésions trop considérables ou d'obstacle absolu à la nutrition, une légère augmentation de poids qui se poursuivait pendant toute la durée du traitement. »

D'aussi heureux résultats seront-ils obtenus par d'autres observateurs ? Les termes dont se servent MM. Arthaud et Raymond pour caractériser les avantages de la médication tannique sont presque les mêmes que nous lisons dans les communications de MM. Bergeon et Morel à propos des injections rectales d'acide carbonique et de gaz sulfhydrique, de M. Roussel à propos des injections hypodermiques d'eucalyptol. Il est donc permis au spectateur impartial de ces efforts louables de demeurer sceptique jusqu'à plus ample informé.

Néanmoins, nous pensons qu'il est de notre devoir de tenir nos lecteurs au courant de tout ce qui se publie sur ce sujet si capital de la tuberculose, et dans un prochain article nous analyserons d'autres travaux récents.

P. Le Gendre.

(1) Les traitements de la phthisie, par Paul Gerne, *Concours médical*, 1882.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Filidori, à Bastia (Corse), présenté par le docteur Canazzi, de Cuges.

M. le Dr Pailhas, à Albi (Tarn), présenté par le docteur Vernier, de Carmaux.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Décret relatif au personnel de l'inspection des enfants assistés.

ARTICLE PREMIER. — Le personnel chargé, sous l'autorité des préfets, de la surveillance du service des enfants assistés, comprend des inspecteurs, des sous-inspecteurs, des inspectrices et des sous-inspectrices.

ART. 2. — Le ministre de l'intérieur nomme les inspecteurs, les sous-inspecteurs, les inspectrices et les sous-inspectrices ; il pourvoit à leur avancement d'après les règles établies par le présent décret.

Le cadre de l'inspection est fixé, pour le département de la Seine, par le présent décret ; pour les autres départements, par arrêté ministériel.

ART. 3. — Les inspecteurs, *dans les départements autres que celui de la Seine*, sont choisis exclusivement :

1° Parmi les sous-inspecteurs ayant au moins six années d'exercice ;

2° *Parmi les docteurs en médecine et les pharmaciens de première classe, ayant au moins cinq années d'exercice ;*

3° Parmi les inspecteurs de l'enseignement primaire ;

4° Parmi les commis-rédacteurs du ministère de l'intérieur, les chefs de division des préfectures, les secrétaires en chef des sous-préfectures, des mairies et des hospices ou hôpitaux dans les villes d'au moins 30,000 âmes.

Tous les candidats devront être âgés de trente ans au moins et de quarante-cinq ans au plus ; seuls les sous-inspecteurs pourront être nommés inspecteurs après l'âge de quarante-cinq ans.

Les candidats visés aux paragraphes 3 et 4 devront compter au moins huit ans de services publics.

Le tiers au moins des inspections qui deviendront vacantes, sera réservé aux sous-inspecteurs.

ART. 4. — Les sous-inspecteurs sont choisis, indépendamment des candidats prévus à l'article précédent.

1° Parmi les chefs de bureau et employés des préfectures, des sous-préfectures, des mairies, dans les villes d'au moins 10,000 âmes, les secrétaires et les économes des établissements de bienfaisance possédant au moins 20,000 francs de recettes ordinaires ;

2° Parmi les instituteurs publics.

Les candidats devront compter au moins cinq ans de services publics, être âgés de vingt-cinq ans au moins et de quarante ans au plus.

ART. 5. — Le cadre du personnel comprend quatre classes d'inspecteurs et de sous-inspecteurs. Il y a, au maximum, un inspecteur par département, sauf dans le département de la Seine.

L'effectif maximum des trois premières classes est réglé comme suit :

Première classe : 25 inspecteurs, 15 sous-inspecteurs.

Deuxième classe : 25 inspecteurs, 15 sous-inspecteurs.

Troisième classe : 25 inspecteurs, 20 sous-inspecteurs.

Les classes sont personnelles.

Les traitements correspondant à chacune d'elles sont fixés comme suit :

Première classe : inspecteurs, 5.000 francs ; sous-inspecteurs, 3.000 francs.

Deuxième classe : inspecteurs, 4.500 francs ; sous-inspecteurs, 2.800 francs.

Troisième classe : inspecteurs, 4.000 francs ; sous-inspecteurs, 2.600 francs.

Quatrième classe : inspecteurs, 3.500 francs ; sous-inspecteurs, 2.400 francs.

Les inspecteurs, à l'exception de ceux du département de la Seine, et les sous-inspecteurs seront, à leur entrée dans le service, placés dans la quatrième classe du cadre.

Les inspecteurs ne pourront être promus à une classe supérieure qu'après trois ans au moins, et les sous-inspecteurs après deux ans d'exercice dans la classe immédiatement inférieure.

ART. 6. — Les inspecteurs et les sous-inspecteurs, les inspectrices et les sous-inspectrices reçoivent des indemnités de frais de tournées dont le maximum est fixé pour chacun d'eux par le ministre de l'Intérieur.

Les allocations accordées à ce titre devront être la représentation des frais occasionnés et ne seront délivrées aux ayants droit, sauf une provision fixée par le ministre de l'intérieur, que sur la production des justifications prescrites par arrêté ministériel.

ART. 7. — Dans les départements pourvus de 2 sous-inspecteurs au moins, un des emplois de sous-inspecteur pourra être remplacé par un emploi de sous-inspectrice.

Pour les conditions d'âge, le traitement et l'avancement, les sous-inspectrices sont assimilés aux sous-inspecteurs ; les trois-quarts des sous-inspectrices sont choisies parmi les institutrices des écoles primaires publiques et les directrices des écoles maternelles publiques ayant au moins huit années d'exercice.

ART. 8. — Le cadre de l'inspection des *enfants assistés de la Seine* comprend six inspecteurs et deux inspectrices qui appartiennent de droit à la première classe du cadre.

ART. 9. — Les inspecteurs des enfants assistés de la Seine sont choisis exclusivement :

1° Parmi les inspecteurs des enfants assistés des autres départements parvenus à la première classe du cadre ou compris dans la deuxième depuis trois ans au moins ;

2° *Parmi les docteurs en médecine ayant au moins dix ans d'exercice ;*

3° Parmi les chefs de bureau du ministère de l'intérieur, de la préfecture de la Seine et de l'Administration générale de l'Assistance publique ;

4° Parmi les inspecteurs primaires de la Seine.

Les candidats visés aux paragraphes 3 et 4 devront être en fonctions depuis six ans au moins.

Les inspectrices des enfants assistés seront choisies exclusivement parmi les personnes qui comptent au moins huit ans de services dans l'Enseignement public.

ART. 10. — Les candidats aux emplois d'inspecteurs et d'inspectrices des enfants assistés de la Seine sont soumis aux conditions d'âge exigées par l'article 3 du présent décret.

ART. 11. — Jusqu'à ce que l'effectif des inspecteurs et des sous-inspecteurs actuellement en fonctions soit rentré dans les limites du cadre établi par l'article 5, il ne sera pourvu dans chacune des trois premières classes qu'à une promotion par 2 vacances.

ART. 12. — Le décret du 31 juillet 1870 est abrogé.

Caisse des pensions de retraite du corps médical français.

Situation au 15 mars 1887. (Extrait du bilan arrêté à ce jour.)

DOIT.

Cotisations	Fr.	109.764 10
Dons à la Caisse des Pensions		1.800 »
Dons à la Caisse auxiliaire		550 »
Intérêts des valeurs		5.757 15
Profits et pertes		318 19
Total		117.789 44

AVOIR.

Valeurs.	Obligations du Midi	11,306 55	95.937 40
	Rente amortissable	32,805 35	
	Obligat. foncières 1883	18,395 »	
	Obligat. communales	24,705 25	
	Obligations d'Orléans	8,725 25	
Frais généraux			4.066 83
En caisse au 15 mars 1886			17.785 21
Total égal			117.789 44

Opérations de la Caisse du 15 au 20 mars.

Encaissé (cotisations)	7.450 »	
En caisse au 15 mars (voir le bilan)	17.785 21	
En caisse au 20 mars		25.235 21
Achat d'obligations d'Orléans	11.000 »	
Achat de rente amortissable	8.500 »	
		19.500 »
Reste en caisse		5.735 21
Cotisations en recouvrement	6.500 »	
Aujourd'hui, 26 mars, l'avoir général de la caisse s'élève au chiffre de	127.733 34	

Le Trésorier, Dr H. Verdalle.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat médical de l'arrondissement de Pontoise

STATUTS

Article Premier

Entre les médecins soussignés, et ceux qui par la suite adhéreront aux présents statuts, il est formé une société civile, sous la dénomination de :

Syndicat médical de l'arrondissement de Pontoise.

Art. 2

Le siège du Syndicat est à Paris.

Sa durée est illimitée ainsi que le nombre de ses membres.

But du Syndicat

Art. 3

Le Syndicat a pour but :

1° D'établir des rapports permanents entre les médecins de la région, de leur apprendre à se connaître et à se protéger réciproquement.

2° De rendre leurs relations plus faciles, en fixant quelques règles de conduite librement acceptées par tous.

3° De s'efforcer d'aplanir les conflits qui pourraient s'élever soit entre confrères, soit entre clients et médecins, et de soutenir ces derniers dans la légitime revendication de leurs droits.

4° D'améliorer la situation tant individuelle que collective des membres qui le composent.

a : par l'établissement d'un tarif minimum pour les visites, opérations et soins divers donnés par le médecin.

b: par l'adoption d'une règle de conduite uniforme :

Vis-à-vis des pouvoirs publics

(Bureaux de bienfaisance, enfants en nourrice, etc.)

Vis-à-vis des collectivités

(Sociétés de secours mutuels, compagnies d'assurances, etc.)

c: par l'envoi régulier des notes d'honoraires.

5° De réprimer toutes les usurpations sur les droits d'exercice que la loi confère aux médecins.

6° De fournir des renseignements exacts pour l'établissement des nouveaux confrères qui en feront la demande.

7° D'entrer en relations avec les autres Syndicats formés dans le même but.

Composition du Syndicat

Art. 4

Le Syndicat se compose de tous les médecins exerçant dans la région, qui ont adhéré ou adhéreront aux présents statuts, en prenant l'engagement d'honneur de s'y conformer.

Les adhésions sont constatées par les signatures des membres du Syndicat apposées sur le registre de l'Association.

Art. 5

L'adhésion pourra être donnée par lettre au Président ; mais l'admission devra être ratifiée par l'assemblée générale à la majorité des membres présents.

Art. 6

Aucune exclusion ne pourra être prononcée qu'en assemblée générale ou extraordinaire. Une étude et une enquête seront faites au préalable par le bureau, lequel présentera un rapport.

La présence de deux tiers des membres du Syndicat sera nécessaire, et l'exclusion ne sera prononcée qu'à la majorité des deux tiers des votants.

Le scrutin sera secret.

Administration

Art. 7

Le Syndicat est administré par une chambre syndicale composée d'un délégué par canton.

Art. 8

Le Président et le Vice-Président sont choisis parmi les délégués.

Le Secrétaire-Trésorier pourra être choisi parmi tous les membres du syndicat.

Art. 9

Ces nominations seront faites en assemblée générale, au scrutin secret, par bulletin nominal, et à la majorité absolue des membres du Syndicat. Si un deuxième tour de scrutin est nécessaire, la majorité relative suffira.

Les membres absents pourront envoyer leurs votes sous enveloppe cachetée.

Art. 10

Le Président, le Vice-Président et le Secrétaire-Trésorier, forment le bureau.

Art. 11

Toutes ces nominations seront faites pour un an.

Art. 12

Le Président ne pourra pas être réélu plus de 3 années de suite.

Chambre Syndicale

Art. 13.

La chambre syndicale forme en quelque sorte un tribunal d'honneur auquel devront être soumis les conflits qui pourraient surgir entre confrères syndiqués ou entre clients et médecins ; ses décisions sont obligatoires, sauf recours à l'assemblée générale qui statue définitivement.

En cas de manquement aux règles déontologiques ci-après indiquées, la chambre syndicale, après enquête, prononcera la première fois un avertissement, la deuxième fois un blâme, la troisième fois l'exclusion dans les formes de l'article 6.

Art. 14

La chambre étudie les questions professionnelles qui lui sont indiquées, et soumet ses conclusions à l'Assemblée générale qui prend les décisions les plus avantageuses à l'association.

Elle se réunit sur l'invitation du Président toutes les fois que des circonstances graves l'exigent.

Réunions

Art. 15

Il y aura chaque année quatre réunions générales, qui auront lieu le troisième Jeudi de chaque trimestre : en Janvier, Avril, Juillet et Octobre.

Art. 16

La réunion de Janvier sera strictement obligatoire.

C'est à cette réunion que se feront les élections, et que le Secrétaire-Trésorier fera payer la cotisation.

Art. 17

La cotisation est fixée à 6 francs pour l'année entière. Les confrères absents à l'assemblée générale de Janvier, recevront, dans les quelques jours qui suivront, une quittance de douze francs.

Art. 18

Les fonds versés à l'association lui demeurent acquis en cas de retraite forcée ou volontaire de ses membres qui s'engagent à ne produire aucune réclamation à cet égard.

Art. 19

Le Président représente la société en toutes circonstances, vis-à-vis des pouvoirs publics, sociétés, compagnies d'assurances, etc.

Il est chargé de la direction des débats et du maintien de l'ordre dans les réunions.

En cas d'absence il est suppléé par le Vice-Président, ou le plus âgé des délégués.

Art. 20

Le Secrétaire-Trésorier est chargé de la rédaction du procès-verbal de chaque séance. Ce procès-verbal sera transcrit sur le registre du Syndicat et visé par le Président.

Le secrétaire encaisse les fonds et solde les dépenses. Il rend compte de sa gestion et de l'état de la caisse à l'assemblée de Janvier.

Art. 21

Lorsqu'un médecin viendra s'établir dans la région, le Président devra l'inviter à donner son adhésion au syndicat en lui faisant connaître le but et les avantages de l'Association.

Art. 22

Tous rapports médicaux avec les membres exclus devront être évités.

Fonds Social

Art. 23

Le fonds social est constitué par :

Les dons volontaires,
Les cotisations annuelles.

Art. 24

Toute demande de modifications dans les statuts devra être soumise au préalable à la chambre syndicale qui l'étudiera, et soumettra ses conclusions à l'Assemblée générale, laquelle décidera.

Art. 25

En cas de dissolution du syndicat, les sommes restant en caisse seront employées à une œuvre de bienfaisance médicale désignée par l'assemblée générale qui prononcera la dissolution.

Déontologie.

1° Le cabinet du médecin est un terrain neutre où il peut donner ses conseils à tous ceux qui les réclament.

2° Les médecins syndiqués, voulant s'honorer dans leurs rapports confraternels, s'engagent à observer vis-à-vis les uns des autres les plus grands égards en actions et en paroles.

3° Tout médecin, appelé accidentellement auprès d'un malade *en traitement* ou pour un cas urgent dans la clientèle d'un confrère absent, devra se borner à prescrire les soins nécessaires pour parer aux éventualités. Il ne devra se présenter de nouveau chez le malade que s'il est appelé en consultation par le médecin ordinaire.

4° Dans le cas où un malade *en traitement* refuserait de continuer à recevoir les soins de son premier médecin, le deuxième confrère appelé doit exiger que la famille prévienne le premier confrère. Il doit acquérir la certitude que celui-ci a été prévenu et que la question des honoraires a été réglée.

5° Les médecins devront refuser leurs soins aux clients *solvables et de mauvaise foi* qui n'auraient pas réglé les honoraires d'un confrère les ayant soignés antérieurement.

Il est bien entendu que cet article ne vise nullement les indigents.

Il y serait fait également exception, en cas d'accident grave exigeant l'intervention *immédiate* d'un médecin.

6° Un médecin ne pourra jamais refuser de s'adjoindre un consultant demandé par le malade ou sa famille ; à moins de raisons personnelles très graves, il devra accepter le médecin choisi par le malade.

NOUVELLES

Le docteur Ruault commencera, le 18 avril, à 3 h., à l'Ecole pratique de la Faculté, un cours libre sur la *pathologie du nez et du pharynx nasal* et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

— L'exercice de la médecine est tellement encombré en Allemagne, que l'Union générale des médecins a envoyé une circulaire à tous les directeurs de gymnases (collèges, lycées), les invitant à détourner leurs élèves d'une carrière où les chances de prospérité sont maintenant si restreintes.

Voilà un exemple que ferait peut-être bien d'imiter chez nous notre association générale.

— La Société de biologie a procédé hier à l'élection de son président en remplacement de M. Paul Bert. Sur 57 votants, M. Brown-Sequard a été élu par 42 voix contre 15 à M. Chauveau.

M. Paul Bert aura été le dernier président perpétuel de cette société, car d'après le nouveau règlement adopté à l'unanimité dans la séance d'hier, la présidence est quinquennale.

M. Charrin a été élu membre titulaire de la société par 48 voix sur 56 votants.

Enfin ont été nommés membres du conseil MM. Laborde, Bouchereau, Quinquaud, Hénocque, Duclaux et Dupuy.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André, 3

Neuvième année — N° 15 — 9 Avril 1887

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

AVIS

Caisse de retraites des Médecins Français.

L'assemblée générale annuelle de la Caisse des pensions de retraite du corps médical français, aura lieu le *dimanche* 17 *avril*, à 10 heures du matin, dans les salons du Grand-Véfour (Palais-Royal). La réunion du *Comité directeur* de la Caisse aura lieu le *samedi*, 16 *avril*, à 9 heures du matin ; celle du *Comité des censeurs*, le même jour, à 10 heures du matin, chez le Président de la Caisse, M. le Dr Dujardin-Beaumetz, 176, boulevard Saint-Germain.

Union des Syndicats.

Le bureau de l'*Union des Syndicats* se réunira le *samedi* 16 *avril*, 2, rue Casimir-Delavigne, à 2 heures de l'après-midi, sous la présidence de M. le Dr Dupuy, député de l'Aisne.

Société civile du Concours Médical.

Le Conseil de direction de la Société du Concours médical se réunira le même jour, à 4 heures de l'après-midi, sous la présidence du directeur du *Concours Médical.*

LA SEMAINE MÉDICALE

Le rétablissement des droits d'inscription.

Protestation des étudiants.

La loi de finances de 1887 a rétabli, comme on sait, les droits d'inscription pour les étudiants des facultés, droits qui avaient été abolis depuis quelques années. Cette mesure a provoqué une vive agitation dans le quartier latin. Une réunion s'est tenue samedi rue de Jussieu ; les étudiants qui y prenaient part ont résolu de nommer un comité chargé de rédiger une pétition, de la faire signer et de la présenter aux Chambres, de solliciter le concours des journaux. L'Association des étudiants, dont nous connaissons l'excellent esprit, s'est inquiétée de travailler au bien commun, et son comité se propose d'agir auprès des ministres pour obtenir du moins une large extension du nombre des dispenses si le principe de la gratuité qu'elle cherchera à obtenir, ne peut être établi.

D'après la loi de finances, sont dispensés des droits les boursiers, les maîtres répétiteurs et maîtres d'étude des établissements publics d'enseignement secondaire. Peuvent être aussi dispensés un dixième des étudiants astreints au droit d'inscription dans chaque établissement. Les boursiers des facultés ou écoles qui peuvent être dispensés sont tous les titulaires de bourses entretenues près de ces établissements, soit sur les fonds de l'Etat, soit sur les fonds de concours versés par les départements, les villes ou les particuliers. Les étudiants dispensés des droits d'inscription acquittent les droits de bibliothèque et de travaux pratiques.

Voici quelques autres dispositions relatives aux dispenses et insérées dans le décret du ministre du 31 mars :

Art. 4. — Chaque année, avant l'ouverture des cours et dans les limites prévues par la loi, le ministre de

l'instruction publique fixe le nombre des étudiants qui peuvent être dispensés du droit d'inscription.

Art. 5. — Le doyen ou directeur, après avis du conseil de la faculté ou école, désigne, jusqu'à concurrence du nombre fixé par le ministre, les étudiants dispensés conformément à l'article qui précède.

Art. 6. — Les dispenses sont accordées pour une année scolaire ; elles peuvent être renouvelées.

Art. 7. — Elles peuvent être retirées dans le courant de l'année par le doyen ou directeur, après avis du conseil de la faculté ou école, pour défaut de travail ou d'assiduité aux cours, conférences et exercices pratiques.

Elles sont retirées à tout étudiant qui encourt une peine disciplinaire.

Le retrait de dispense ne s'applique qu'aux trimestres à échoir.

Dispositions transitoires.

Art. 8. — Pour l'année 1887, le dixième des étudiants qui peuvent être dispensés des droits d'inscription sera calculé d'après le nombre des inscriptions prises dans chaque établissement du 1er janvier au 31 décembre 1886.

Les droits de bibliothèque, actuellement dus en tout ou en partie, seront acquittés intégralement lors du plus prochain acte de scolarité, inscription ou examen.

Ce décret est suivi d'un arrêté relatif aux dispenses du droit d'inscription qui, d'après la loi de finance, pourront être accordées à certaines catégories d'étudiants. En voici la teneur :

Article premier. — Les demandes en vue de la dispense des droits d'inscriptions sont adressées au doyen de la faculté ou au directeur de l'école, du 15 octobre au 1er décembre.

Art. 2. — Elles sont accompagnées :

D'un état, certifié par le maire, énonçant la situation de fortune de l'étudiant et de sa famille :

S'il s'agit d'inscription de 1re année, d'un extrait du dossier scolaire certifié par le chef ou les chefs des établissements d'enseignement secondaire où le postulant a fait ses deux dernières années d'études ;

S'il s'agit d'inscriptions de 2e, de 3e et de 4e année, d'un certificat d'assiduité aux cours et aux travaux pratiques de l'année précédente délivré par les professeurs et chefs de travaux pratiques compétents.

Si l'étudiant change de faculté ou d'école, ce certificat est joint à son dossier.

Art. 3. — Lorsque la dispense du droit d'inscription est retirée à un étudiant par application de l'article 7 du décret du 31 mars 1887, mention en est faite au dossier de l'étudiant.

Art. 4. — A la fin de chaque année scolaire, le doyen ou directeur adresse au ministre un rapport sur les dispenses accordées ou retirées dans le cours de l'année. Ce rapport, avant d'être transmis au ministre, est communiqué au conseil général des facultés.

Art. 5. — Par mesure transitoire, des dispenses du droit d'inscription peuvent être accordées pour le 3e et 4e trimestre de la présente année scolaire dans les limites fixées par l'article 8 du décret du 31 mars 1887.

BERTHELOT.

La théorie ischémique de l'angine de poitrine (1)

M. *H. Huchard* donne lecture d'une nouvelle note sur la *pathogénie de l'angine de poitrine*. Après avoir retracé l'historique de la question et montré que Hunter, Jenner et Parry ont fondé la théorie artérielle de l'angine de poitrine vraie, que Kreysig le premier l'attribua, avec raison, à l'ischémie cardiaque par rétrécissement ou spasme des coronaires, il rappelle l'assimilation formulée par Potain de l'angor pectoris vraie avec les phénomènes de claudication intermittente des extrémités et montre que la théorie opposée, celle de la névrite cardiaque, compte à peine six cas, contre plus de quatre-vingt-dix favorables à la théorie de la sténose coronaire. Il fait ensuite justice des diverses objections basées soit sur l'apparition intermittente d'accès relevant d'une lésion permanente, soit sur la difficulté d'attribuer une douleur aussi violente à l'anémie d'un muscle : l'accès n'éclate que lorsqu'un effort, une

(1) Société médicale des hôpitaux, 25 mars. (Compte rendu officiel par M. A. Petit).

FEUILLETON

Enquête sur l'exercice illégal (*suite*).

J'ai dit plus haut qu'on poursuivait et que quelquefois l'on condamnait ; mais les condamnations sont si légères qu'on voit, par exemple, le fameux *Benard*, poursuivi déjà sept ou huit fois, recommencer comme s'il n'avait jamais été inquiété, venir soigner une entorse dans la maison même où était M. *Tardieu*, le *président de l'Association Générale*, et laisser planer sur lui, pendant quelques jours, une odieuse accusation de complicité.

D'aucuns d'entre nous sont même assez dénués de sens moral pour recommander les rebouteurs et les défendre devant les Sociétés locales. Tel est le cas de ce docteur V. qui avait fait insérer dans le journal l'*Yonne* l'article où M. Tardieu était accusé d'avoir fait demander *Benard* pour son domestique malade.

Les corps politiques ont des complaisances sans bornes pour l'exercice illégal.

En 1887, le Conseil général du *Morbihan* vote une subvention de 25.000 francs pour les bonnes sœurs du département qui s'adonnent à la pratique de la médecine et de la pharmacie. Ce fait assurément ne doit point être isolé et je suis persuadé qu'en cherchant bien on trouverait d'autres histoires de ce genre.

C'est pour ce département que M. *Fouquet*, qui inspectait annuellement les pharmacies, avait dressé une liste de 169 pharmacies illégales tenues par les bonnes sœurs. L'année suivante, disait-il, pas une n'avait disparu, et il s'en était créé vingt autres.

Il faut voir les lettres qui nous viennent de ce pays. J'en reproduirai une dans le journal, et on se rendra compte de la distance qui sépare la *Bretagne* du reste de la *France*.

Le rapport de M. *Brouardel* à l'Association générale en 1886 fut une révélation et provoqua des inquiétudes dans le corps médical.

Dans le Morbihan, dit-il, en 15 ans, les membres du corps médical sont réduits de 34 % par la concurrence des bonnes sœurs et la libre pratique de l'art médical et de la pharmacie.

Même état, dans *Vaucluse* ; en 33 ans, diminution de 33 %.

Dans l'*Aveyron*, en 15 ans, diminution, de 18 %.

Dans la *Loire*, en 15 ans, diminution de 22 %.

Mais si l'élite disparaît, tout le monde n'y perd pas; le nombre des sages femmes augmente de 17 %;

celui des pharmaciens de 41 %;

et celui des herboristes de 87 %;

En regard de ce rétrécissement du champ d'exploitation de la médecine, M. Brouardel signale

émotion rendent tout à coup la circulation restreinte des coronaires complètement insuffisante ; il y a là anémie brusque au cours de l'ischémie permanente ; d'autre part, la douleur de l'embolie artérielle amenant la gangrène par anémie n'est-elle pas atroce ? — On cite, a-t-on dit, d'assez nombreux cas d'angine de poitrine sans lésion des coronaires, entre autres les cas d'origine tabagique; mais alors il y a spasme des coronaires sous l'influence de la nicotine, et ischémie cardiaque mortelle. Ce spasme peut même résulter d'un réflexe dont le point de départ se trouve dans l'irritation de la zone aortique au début de l'artério-sclérose. Il faut, d'ailleurs, tenir compte de la possibilité d'autres lésions des coronaires, et bien savoir qu'il ne suffit pas de constater la béance normale de leur orifice, mais rechercher leur perméabilité sur toute leur étendue. — Quant aux faits d'ossification ou de rétrécissement des coronaires sans phenomènes d'angor, ils sont le résultat d'une observation insuffisante, ou d'une interprétation défectueuse, l'athérome signalé n'étant pas toujours l'équivalent de l'imperméabilité nécessaire des coronaires, et certains accès de pseudo-gastralgie devant être rapportés à l'angine de poitrine dont ils représentent une forme ; enfin la circulation collatérale n'a pas été étudiée. La façon dont meurent les angineux, par syncope, indépendamment de l'intensité de la douleur, et les remarquables effets du traitement ioduré, viennent encore confirmer la pathogénie artérielle de l'angine *vraie, par ischémie*, de l'angine dont on meurt et qu'il faut différencier avec soin des angines *fausses, névralgiques*, parfois plus douloureuses, à accès spontanés, ordinairement plus longs, mais guérissant d'eux-mêmes, malgré le médecin. — M. Henri Huchard rappelle les excellents effets de la médication artérielle et en particulier de l'iodure de sodium ; il cite, d'après M. Potain lui-même, et contrairement à l'assertion de M. Guyot dans une précédente séance, non pas un seul, mais plusieurs faits de guérison d'anévrysmes aortiques ou d'angine de poitrine artérielle grâce à cette médication.

Traitement de l'invagination intestinale chez les enfants (1).

A. F. Plicque nous fait connaître (*Progrès médical*) les bons résultats obtenus par Max. Herz par les moyens suivants :

Certaines invaginations se réduisent très facilement et en quelque sorte d'elles-mêmes, dès que le malade est endormi par le chloroforme, ou bien dès qu'on fait un peu de massage. Dans un cas même, l'invagination disparut, tandis qu'on pratiquait le toucher rectal. Quand l'invagination est plus rebelle, Herz croit qu'il y a toujours avantage à commencer par les insufflations d'air, et à n'avoir recours qu'ensuite aux irrigations par l'eau. Il signale en passant le moyen mixte du siphon d'eau de Seltz. Tous ces moyens auront d'autant plus de chances de succès que l'invagination sera plus récente, siégera plus bas, et sera de volume moins considérable.

Voici la technique des insufflations d'air :

Une sonde en gomme est introduite aussi haut que possible dans le rectum, l'enfant étant placé dans le décubitus dorsal, les jambes un peu relevées pour relâcher le ventre. Par cette sonde on insuffle de l'air au moyen d'un soufflet, tandis qu'on fait un massage modéré au niveau du point où on présume, d'après le palper, devoir siéger l'invagination. L'insufflation et le massage sont faits à plusieurs reprises différentes, les reprises durant chacune deux minutes et étant séparées par une minute de repos.

Quant aux injections d'eau, Herz conseille de les faire précéder. comme adjuvant, d'un bain à 28°, d'une demi-heure de durée. Pour l'anesthésie on se servira toujours de chloroforme ; l'opium proposé

(1) *Arch. für Kinderheilkunde*, 25 mars.

---

fort à propos le nombre incessamment croissant des étudiants en médecine et des jeunes docteurs qui sortent de la Faculté. — N'est-ce pas un fait à point?

Les postes médicaux avantageux sont si rares qu'on n'en trouve plus...qu'au microscope. — Ils s'achètent comme une étude de notaire ou d'avoué, et bien fait-on, plutôt que de perdre son temps, sa peine et son argent à des installations fort souvent ruineuses.

Cette situation, ai-je dit, est vieille de près de trois quarts de siècle, et personne ne l'ignore. M. Brouardel l'a signalée à deux reprises différentes dans ses rapports à l'Association générale, et c'est un signalé service qu'il a rendu.

Ces plaintes sont incessantes ; tous les ans le rapporteur de l'Association Générale les répète ; elles viennent de tous les départements, mais surtout des départements de l'Ouest, la Bretagne, la Vendée et le Poitou.

L'Association enregistre les plaintes, déplore le mal, souhaite des temps meilleurs, applaudit aux poursuites heureuses ; que peut-elle faire de plus ?

Elle a fait davantage cependant, et elle a mérité, une fois de plus, nos remerciements ce jour-là. Mais on va voir quel résultat elle a obtenu.

A la suite des rapports, des plaintes et des vœux de MM. Benoist et Halleguen, Helbronner, de Closmadeuc, Morisset, Laënnec, Guibert et Daisneau, présidents, rapporteurs ou délégués de leurs Sociétés locales, l'Association Générale crut devoir, en 1879, attirer l'attention de M. le Ministre de la Justice sur l'organisation de la médecine et de la pharmacie illégale dans les départements et spécialement dans les départements bretons.

On demandait des poursuites, on obtint une enquête. M. le Ministre répondit en ces termes, le 1er juin 1880 :

.....*Les rapports sont unanimes à constater la gravité des faits...... Mais si on sévissait pour ce qui regarde les départements de la Bretagne, il faudrait en agir de même à l'égard des autres parties de la France*. Que dites-vous, chers confrères, de ce brave ministre qui voudrait bien avoir une loi dont il pût se servir dans certains départements seulement ? Qu'on nous vote donc prochainement une loi qu'on ne puisse pas appliquer ; voilà qui mettra le gouvernement à son aise !

Pour nous consoler, M. le Ministre ajoute qu'on prépare un projet de loi sur la matière. Il y paraît, en effet, et nous savons où en serait cette préparation sans l'initiative du *Concours Médical* et de l'Association générale, sans les labeurs de MM. Geoffroy, Chevandier et Lunier.

(*A suivre.*) Dr Ordonneau.

par quelques médecins donne des résultats bien inférieurs. L'enfant sera placé sur le dos, le bassin élevé, la poitrine et la tête basse. La sonde employé aura un large orifice pour que le jet soit plus puissant, elle sera poussée aussi loin que possible. L'injection sera toujours faite lentement et sans jamais forcer. (L'oubli de ces précautions pourrait entraîner des ruptures de l'intestin.) La quantité d'eau est subordonnée à la hauteur de l'invagination. Trois à quatre litres sont souvent nécessaires. Cette eau sera employée tiède. Son séjour dans l'intestin ne sera jamais très prolongé. Après sa sortie, si l'invagination n'a pas cédé, on peut essayer d'injecter un demi-litre à un litre d'eau glacée. Il est rare qu'en répétant plusieurs fois ces tentatives on ne triomphe pas de l'invagination, et qu'on soit forcé d'avoir recours à la laparotomie. Quant au traitement par les courants électriques, Herz ne semble pas l'avoir jamais employé.

Apoplexie hystérique, hémiplégie et aphasie. Traitement par la métallothérapie et l'hypnotisme (1).

M. *Dumontpallier* rapporte l'observation d'un homme de trente-huit ans, non syphilitique, très nerveux, qui fut frappé d'une attaque d'apoplexie sur la voie publique et resta aphasique avec hémiplégie droite. Lorsqu'il entra dans le service de M. Dumontpallier, l'hémiplégie motrice, très marquée, portait également sur la face d'une façon très nette; elle s'accompagnait d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle et de dyschromatopsie. La suggestion, à l'état de veille, n'eut aucun résultat; mais l'application de plaques de laiton, métal auquel le malade se montrait sensible, produisit un transfert complet, avec ascension thermométrique parallèle au retour des phénomènes sensitivo-moteurs : ce qui autorise, en pareil cas, à écarter toute idée de supercherie. La guérison fut obtenue par des séances répétées de métallothérapie, en ayant soin d'arrêter le transfert, par l'application de plaques de laiton également sur le bras gauche, au moment où les deux membres étaient arrivés à présenter un degré de force musculaire à peu près égale. Ce malade est facilement hypnotisable, et cette année, à l'Hôtel-Dieu, M. Dumontpallier l'a guéri, par la suggestion dans l'état hypnotique, de douleurs dans la tête et la région gastrique. Il insiste sur la réalité de l'apoplexie hystérique et de l'hémiplégie complète avec participation de la face : il ne s'agissait nullement, en effet, de cette pseudo-hémiplégie faciale par spasme signalée, après Charcot, par Brissaud et Marie.

M. *Debove* fait remarquer que les faits qu'il a rapportés et celui de M. Dumontpallier établissent nettement que, ni la brusquerie de l'attaque, ni la perte de connaissance, ni l'hémiplégie faciale, ni le sexe masculin du malade, ne suffisent pour faire écarter le diagnostic d'hystérie : expression qu'il faut bien employer jusqu'à ce qu'on en ait fourni une meilleure.

(1) *Société médicale des hôpitaux*, 25 mars.

Le cheval du docteur.

Le *Medical Record*, consulté par un de ses correspondants sur les motifs qui doivent guider le praticien de campagne dans le choix d'un cheval, lui adresse cette réponse humoristique :

« Nous avouons que le cheval du docteur est quelque chose qui semble au premier abord en dehors de la marche régulière d'une enquête scientifique. Il faut du moins admettre cependant que ce noble animal joue un rôle important dans la pratique actuelle du médecin. Il est pour le docteur non seulement un moyen de transport, mais encore un moyen de distraction, de conversation et de spéculation. L'expérience montre qu'après avoir vu un cas intéressant, le docteur en fait part à son cheval avec une éloquence verbeuse et attendrie. Et c'est un état de chose bien naturel, puisque, grâce à son éducation professionnelle, le cheval du docteur est le plus essentiel de ses moyens d'action. A quoi sert l'habileté transcendante du Dr A., tandis que Mme B. gémit dans les angoisses d'une présentation transverse à dix milles de là, à quoi bon s'il n'a pas de cheval ? Dans de telles circonstances, les classiques de l'obstétrique ne viennent qu'après le coursier arabe dont tout bon médecin se croit l'heureux propriétaire, et, tandis que le cabriolet éclaboussé de boue rase légèrement le sol, avec le docteur sur la banquette, l'ergot et l'éther sous elle, il faut avouer que ce qui vaut mieux qu'un cours de médecine, c'est un coursier de médecin. Mais le cheval en question n'est pas toujours un plaisir ou un aide. Balzac a dit un jour qu'il était « plus nécessaire pour le docteur d'avoir une voiture que de guérir ses malades », boutade ironique dans laquelle il y a assez de vérité pour faire beaucoup de mal. Le jeune homme qui commence à réussir croit qu'il doit acheter un cheval et une voiture pour se donner l'apparence d'une prospérité constante et cette nouvelle acquisition le laisse plus pauvre que jamais.

Nous risquons l'opinion que la pensée de Balzac n'est pas tout à fait vraie aujourd'hui, et que se créer un train de vie qu'on peut à peine soutenir est à la fois d'une pauvre politique et d'une pauvre moralité. Il y a bien des années que Pascal a dit : « Si les médecins n'avaient pas eu leurs longues robes et leurs mules, ils n'auraient pas dupé le monde qui ne peut résister à cet étalage. » Ceux qui réussissent aujourd'hui grâce à leur ostentation sont considérés comme des charlatans ; leur succès est d'une espèce qui tue le respect de soi-même et ne peut tenter les honnêtes gens.

Peut-être notre correspondant, qui semble être très anxieux de savoir comment acquérir un cheval de trois cents dollars en n'en dépensant que cinquante, sera-t-il désappointé de n'avoir eu pour réponse que l'homélie ci-dessus. Nous lui donnerons pourtant quelques conseils pratiques, pour le cheval du docteur. « N'achetez pas, par exemple, un cheval blanc ; car c'est la couleur de la mort ; et n'achetez pas un cheval noir, c'est la couleur du diable. Si vous exercez dans les montagnes, n'achetez pas un cheval pesant : si vous vivez à la ville, n'achetez pas un cheval trop léger. Si vous êtes un jeune homme, avec des billets à payer, n'achetez pas de cheval du tout ! »

QUINZAINE CHIRURGICALE

Etudes cliniques sur la tuberculose chirurgicale (1).

1. — *De la tuberculose externe congénitale et précoce.* — M. le professeur Lannelongue montre

(1) Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose. Fascicule 1, Mars 1887.

dans ce mémoire que les manifestations chirurgicales de la diathèse tuberculeuse sont plus fréquentes dans le jeune âge qu'on ne le croit généralement. Sur 1005 cas qu'il a réunis à l'hôpital Trousseau, 87 se sont montrés dans la première année de la vie, et même plusieurs fois les lésions étaient congénitales. C'est de la 2e à la 3e année que l'apparition est la plus fréquente, puis la proportion est stationnaire jusqu'à sept ans pour décroître rapidement jusqu'à 15 ans. La tuberculose externe se transmet à l'enfant de plusieurs manières. Les expériences de *Landouzy* et de *Martin* ont montré, on le sait, que le fœtus pouvait être infecté par le sang d'une mère tuberculeuse et que le placenta de celle-ci produisait chez les animaux une tuberculose expérimentale. Le sperme du père semble pouvoir produire les mêmes effets.

L'alimentation doit être souvent la porte d'entrée chez le jeune enfant; le lait de vaches ou de nourrices tuberculeuses contient, à n'en pas douter des bacilles, quand la mamelle présente quelques lésions. Enfin le séjour de l'enfant dans une atmosphère où peut se répandre la poussière des crachats tuberculeux est une cause d'infection pour lui comme pour l'adulte. On signale aussi la production d'un ulcère tuberculeux du prépuce à la suite de la succion pratiquée après la circoncision par un rabbin tuberculeux. Toussaint (de Toulouse) aurait aussi rendu tuberculeux des cobayes en leur inoculant du vaccin de vaches phthisiques.

II. — *Généralisation tuberculeuse post-opératoire. — Traitement pré-opératoire chez les tuberculeux.* — On sait, depuis les multiples communications de M. le professeur Verneuil à la Société de chirurgie, que les traumatismes et opérations portant sur les foyers tuberculeux peuvent être suivis d'accidents mortels, de complications viscérales tenant à la production de tuberculoses aigües diffuses ou d'autres formes. M. Demars rapporte plusieurs cas concluants et rappelle les deux hypothèses émises pour les expliquer, l'auto-inoculation traumatique, acte physique contemporain de la lésion opératoire, déterminé par elle et provenant de l'absorption des éléments tuberculeux par les vaisseaux ouverts et de leur transport dans l'organisme. L'action excitatrice du traumatisme est plus difficile à comprendre. Notons aussi que ces phénomènes ne surviennent pas fatalement. Le principal serait, par des observations précises, de déterminer les conditions où ils se produisent et par conséquent les moyens de s'y opposer. M. Verneuil pense qu'il est très important, pour prévenir ces accidents, de faire subir aux tuberculeux un traitement pré-opératoire ayant pour but de détruire le poison tuberculeux dans le foyer pathologique, et de rendre l'organisme réfractaire en tuant les éléments bacillaires dans le torrent circulatoire. L'iodoforme pourra peut-être donner ces résultats si désirables. Il faut alors en recouvrir les surfaces ulcérées, en injecter dans les trajets fistuleux et en administrer à l'intérieur à la dose de 1 à 15 centigrammes par jour. La préparation sera suffisante quand on retrouvera le médicament dans l'urine à laquelle il donne par la chaleur, après addition d'acide azotique et de chloroforme, une teinte rouge violet clair. On pourra alors opérer.

III. — *Panaris tuberculeux.* — MM. Peyrot et Jonesko rapportent un fait intéressant de dactylite tuberculeuse chez un homme de 32 ans. La lésion débuta par une nodosité rénitente à la face dorsale de la phalange du médius droit. Après avoir été indolente pendant quatre à cinq mois, elle prit tout à coup une allure inflammatoire; le gonflement s'étendit beaucoup et on finit par amputer le doigt. La masse morbide était formée de fongosités manifestement tuberculeuses et farcies de dépôts caséeux; la phalange était atteinte d'ostéite tuberculeuse commençant par la périphérie pour pénétrer peu à peu dans la profondeur. Ces cas sont probablement plus fréquents qu'on ne le croit et il est utile d'attirer l'attention des chirurgiens à ce sujet.

IV. — *Nouveau traitement des adénopathies tuberculeuses de la région cervicale.* — M. le Dr Verchère, continuant ses recherches sur l'action thérapeutique de l'éther iodoformé sur les tuberculoses locales, propose la pratique que nous allons brièvement décrire. Peut-être toutefois énumère-t-il avec trop de complaisance les désavantages des autres méthodes opératoires, comme le grattage ou l'extirpation ?

Les adénites tuberculeuses du cou sont ramollies et forment un abcès ou bien elles sont encore dures quand elles se présentent à notre observation.

Sur un même sujet, on peut trouver des lésions à divers degrés, des abcès ganglionnaires, des ganglions caséeux, d'autres encore très durs. Quand il y a un abcès tuberculeux *on pratiquera l'aspiration* et on y injectera de l'éther iodoformé à 10 0/0 en proportion variable suivant le volume de l'abcès. Si les ganglions ne sont pas ramollis, on fera des injections interstitielles tous les 8 ou 10 jours avec la seringue de Pravaz. On placera l'aiguille avec soin au centre des ganglions tuméfiés et on y injectera une demi-seringue au plus d'éther iodoformique. Ce traitement durera en moyenne 2 mois 1/2 ; il ne laisse aucune cicatrice et la compression, dans les régions où on peut l'appliquer, aidera beaucoup à la guérison.

Des lymphangiomes du pli de l'aine (1).

Ces sortes de tumeurs sont très rares dans nos contrées, et l'observation communiquée par M. le Dr Charles Nélaton est une bonne fortune, dans les annales de la Société de Chirurgie. Une jeune fille de 17 ans présentait dans le pli de l'aine une tumeur de dix centimètres de longueur sur neuf de largeur ; elle était mollasse, pâteuse, réductible, mais sans battements; une peau légèrement rugueuse à papilles hypertrophiées, présentant en un mot les caractères de la peau d'orange, la recouvrait. M. Nélaton pratiqua l'ablation de la tumeur ; elle était formée d'un tissu caverneux contenant un liquide séreux, lymphatique, tout à fait caractéristique. La malade guérit et c'est là le point le plus intéressant pour la pratique. Jamais jusqu'ici on n'avait eu en France que des insuccès dans les cas de cette nature. On était resté frappé des cas terribles d'Amussat et de Trélat et on considérait ces sortes de tumeurs comme la pierre d'achoppement du chirurgien. M. Trélat fait observer que les malades succombaient toujours de la même façon ; ils étaient pris d'un grand frisson et mouraient avec tous les signes d'une septicémie suraiguë. Sans aucun doute il faut admettre qu'ils étaient victimes d'une intoxication septique provenant de l'intérieur et qui se développait avec d'autant plus de rapidité et de malignité que les voies d'absorption étaient plus lar-

(1) Société de Chirurgie, 23 mars 1887.

gement ouvertes et que le sérum lymphatique est un liquide de culture excellent pour la multiplication des microbes pathogènes de la septicémie. L'usage rigoureux de la méthode antiseptique met à l'abri désormais de ces complications. Dans le fait de M. Nélaton, on reste convaincu de son efficacité et de sa bonne application, car son opérée eut un érysipèle de la face et du tronc qui ne se montra pas au niveau de la plaie recouverte d'un pansement soigneusement fait.

De la chloroformisation dans la trachéotomie (1).

Peut-on administrer le chloroforme pour pratiquer la trachéotomie ? Les opinions du public médical sont très partagées à ce sujet et le rapport de M. Le Dentu sur quatre observations de M. Houzel, de Boulogne-sur-Mer, tout en provoquant une longue discussion à la Société de chirurgie, n'a pas amené l'éclosion de conclusions qui puissent servir de règle absolue. Jusqu'ici on s'est abstenu, dit M. Le Dentu, de chloroformiser les malades à cause de l'état d'asphyxie dont ils sont menacés. Pour M. Houzel, on ne doit s'abstenir que lorsque l'asphyxie est tout à fait imminente. Pour lui encore, l'administration du chloroforme, loin d'aggraver les phénomènes asphyxiques, régularise la respiration, la rend plus forte et moins haletante. De faibles doses sont suffisantes pour produire l'anesthésie, la période d'agitation fait toujours défaut, il ne survient ni nausées, ni vomissements. Il faut surtout avoir grand soin de faire une bonne hémostase, de peur que le sang, tombant dans la trachée, ne provoque pas un réflexe expulsif suffisant. Le chloroforme a toujours pour avantage, dans un grand nombre de cas, de diminuer notablement l'élément spasmodique et de régulariser la respiration. La chloroformisation dans la trachéotomie n'est pas chose nouvelle ; depuis une trentaine d'années, M. Le Fort la pratique; à l'hôpital Bichat, M. Gouguenheim en fait autant depuis quelques années ; en Angleterre, c'est une règle presque constante. Il semble n'y avoir de contre-indication que l'état de mort apparente dû à une asphyxie avancée ou à une dyspnée d'origine purement dyscrasique, par intoxication. Il est à remarquer que, dans cette discussion, tout le monde n'a pas donné son avis. Un chirurgien bien connu pour son habileté dans la trachéotomie, en s'en allant de la séance, disait en souriant: « A quoi bon chloroformiser pour une opération qui dure *cinq secondes* ? » Il faudrait, croyons-nous, en effet, que la question fût mieux posée ; dans quelle circonstance la trachéotomie réclame-t-elle l'anesthésie chloroformique ? Nous avons fait un certain nombre de ces opérations chez l'enfant et chez l'adulte, toujours sans chloroforme, et voici l'impression que nous avons en ce moment. Quarante-cinq fois nous avons opéré des enfants ; généralement ils sont, du fait de l'asphyxie commençante, dans un état d'insensibilisation relative qui semble diminuer notablement les douleurs ; chez des enfants de 7, 8, 10 ans, il existait un état d'agitation et de crainte qui, au moment où on les couchait sur la table d'opération, les portait à opposer une vive résistance. Alors les phénomènes asphyxiques augmentaient, le spasme intervenait et la situation était parfois assez critique. Dans ces cas peut-être, l'administration lente et ménagée du chloroforme aurait pu prévenir et combattre cet orage et nous en aurions tiré un sérieux profit. Dans les autres cas, l'opération peut être faite avec une extrême rapidité et réellement l'anesthésie est précaution bien superflue. Nous n'avons pratiqué ou vu pratiquer qu'un petit nombre de fois la trachéotomie chez l'adulte. Dans un cas, nous l'avons faite sur un malade à peu près asphyxié, cyanosé et refroidi, il n'y avait pas une minute à perdre, et nous ne pûmes obtenir le rétablissement d'une respiration régulière que 40 minutes environ après l'opération. Dans un autre cas, un homme très agité, rempli de crainte, ayant eu déjà deux syncopes, fut saisi par une troisième au moment où on le disposait pour l'opérer et où on renversait sa tête pour faire l'incision des téguments. Aucun effort ne put le ramener à la vie et nous croyons que dans ce cas le chloroforme aurait pu avoir une grande utilité et empêcher l'accident funeste. En somme, cette question nous semble mériter d'être étudiée plus sérieusement qu'elle ne l'a été jusqu'ici.

(1) Société de chirurgie, 30 mars 1887.

Des fibromes naso-pharyngiens chez la femme (1).

Le Dr Pluyette (de Marseille) traite, dans cette étude clinique qu'il a rendue très intéressante par les curieuses recherches bibliographiques qui l'accompagnent, ces deux questions: Les polypes fibreux des fosses nasales existent-ils chez la femme ? La physiologie peut-elle nous expliquer pourquoi ils y sont pour le moins très peu fréquents ? On sait que tous les auteurs classiques modernes font observer que cette affection ne se rencontre pas chez la femme, et que la plupart des tumeurs ainsi désignées présentaient une évolution clinique différente et une autre structure que celle du fibrome vrai tel qu'on l'observe chez l'homme adolescent. En 1873, Dolbeau et Labbé s'élevaient, à la Société de chirurgie, contre une observation de Duménil (de Rouen), et soutenaient que l'ancienne doctrine était la seule vraie. Dans ces dernières années, on a étudié nettement une forme de tumeur naso-pharyngienne que l'anatomie pathologique permet de ranger dans les *fibro-myxômes* et qui constitue ce que l'on nomme cliniquement les polypes fibro-muqueux des fosses nasales. D'après Vigot (1883), on les rencontre aussi souvent chez l'homme que chez la femme, et il est fort possible que le plus grand nombre des observations qui se rapportent à des polypes naso-pharyngiens chez cette dernière, doivent rentrer dans cette classe de tumeurs. M. Pluyette a, dans les recherches qu'il a faites, trouvé 22 faits de tumeurs des fosses nasales caractérisées polypes naso-pharyngiens chez les femmes. Mais sur ces 22 cas, 13 se rapportent évidemment à des fibro-myxômes ou à des sarcômes. Neuf seulement appartenant à Le Tual, Icart, Jobert, Dieffenbach, Cloquet, Richard, Marjolin, Duménil et Verneuil ont la physionomie clinique et la structure anatomique des fibromes. On les a rencontrés à tout âge, mais presque toujours après 20 ans. La durée, toujours longue, oscille entre 5 et 28 ans.

Le fibrome naso-pharyngien et le fibrome utérin ont des points de ressemblance, tous deux provoquent des hémorrhagies, tous deux peuvent rétrograder, ou se crétifier, ou même se détruire par sphacèle. Mais, de plus, M. Pluyette hasarde une hypothèse ingénieuse que nous ne pouvons passer sous silence. Certains sujets, hommes et femmes, présentent une certaine tendance à la formation de tumeurs fibreuses. Généralement le début de ces tumeurs se fait dans le courant de l'adolescence. Chez

(1) Revue de chirurgie, mars 1887.

le jeune homme on voit à cette époque apparaître le fibrome naso-pharyngien; chez la jeune fille les règles s'établissent et font contre-poids. Mais plus tard, quand celles-ci diminuent, les fibromes surviennent. Nous ne pouvons ni défendre ni infirmer cette hypothèse; toutefois les fibromes utérins reconnaissent la plupart du temps bien d'autres causes qu'un simple balancement fonctionnel ; la métrite chronique, l'involution utérine ont avec leur genèse des relations plus directes, selon toute apparence.

Dr Barette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 avril.

Rétention d'urine chez le fœtus avec perméabilité de l'urèthre.

M. *Lefour* (de Bordeaux) a vu un cas de dystocie dans lequel l'obstacle à l'expulsion du tronc était une rétention d'urine chez le fœtus qui était à terme et se présentait par le sommet.

La ponction de la vessie laissa écouler 1,600 gr. de liquide. On put s'assurer ensuite que cette rétention ne tenait pas à une imperforation de l'urèthre. M. Lefour a cru pouvoir attribuer cette rétention malgré la perméabilité du canal à certaines anomalies de structure du réservoir vésical.

Présence du bacille typhoïde dans l'eau de la Seine, à Ivry.

M. *Thoinot*, ayant recueilli de l'eau de Seine en amont du pont d'Ivry, et à 20 mètres en aval du point où la machine élévatrice municipale puise l'eau qu'elle refoule pour le service de Paris sur le réservoir de Villejuif, a fait avec cette eau des cultures présentant tous les caractères des bacilles typhoïdes, tels que les ont décrits Eberth et Gaffky en Allemagne, Chantemesse et Widal en France. On aurait donc tort de croire, comme on le faisait jadis, que l'eau puisée en amont de Paris présente quelque garantie et peut, au besoin, suppléer l'eau de la Vanne.

Expériences sur les deux derniers suppliciés. — Mode de contraction de l'estomac.

M. *Laborde* relate les recherches qui ont été faites une heure et demie après la décapitation au laboratoire de physiologie de la Faculté sur les cadavres de Frey, dit Pas-de-Chance, et de Rivière, les deux derniers suppliciés. Elles ont porté sur la *température, l'état du cœur* et les *mouvements de l'estomac.*

Chez l'un d'eux, une heure 1[2 après la décapitation, la température était de 37°2 dans le sac péricardique et au-dessus du diaphragme dans la région hépatique. La température était de 37°4 une demi-heure plus tard dans la cavité abdominale près de la vessie. Chez l'autre, 2 h. 1/4 après la décapitation, la température intra-abdominale était de 36°1.

Les deux cœurs étaient globuleux, fortement contractés du côté des ventricules gauches; les ventricules droits étaient demeurés flasques; chez les deux précédents suppliciés, Campi et Gamahut, le cœur tout entier était en systole énergique.

2 heures après la décapitation un courant induit a produit chez les deux suppliciés des contractions de l'auricule droite, se propageant à l'oreillette, mais le reste du cœur est resté inexcitable.

L'examen des contractions de l'estomac provoquées par l'excitation faradique des pneumogastriques à la région cervicale inférieure, et surtout par l'excitation directe des parois de l'organe et sous l'influence d'un bain d'eau salée de 40 à 50° centigrades a fait constater un étranglement considérable entre le grand cul-de-sac et la petite courbure, de manière que l'estomac se trouvait divisé en deux loges, l'une correspondant et faisant suite à l'ouverture cardio-œsophagienne et à la petite courbure, l'autre au cul-de-sac et à la grande courbure. Le siège de cet étranglement est exactement celui du faisceau de fibres elliptiques dites cravate de suisse : l'action de ces fibres est celle d'une sorte de sphincter et a pour résultat de former un canal, continu et isolé, pouvant être traversé par les boissons ou liquides ingurgités, sans que ceux-ci se mêlent avec la masse chymeuse retenue et comme emprisonnée dans le cul-de-sac.

C'est la confirmation d'une observation antérieure de V. Larger, cité par Kun et Mathias Duval. Les observations actuelles de M. Laborde sont défavorables à la théorie d'après laquelle s'établirait dans l'estomac pendant la période digestive un double ou triple courant ayant pour but de brasser son contenu. On constate seulement un péristaltisme et un antipéristaltisme successif et généralisé, avec des localisations contractiles déterminées dans leur forme et dans leur énergie par la disposition structurale des fibres musculaires, dans le but de maintenir, tout en le multipliant, le contact des substances alimentaires avec la muqueuse sécrétante selon les besoins de leur préparation ou de leur transformation digestive.

L'eau potable dans les chantiers de Panama.

M. Ad. Nicolas relate les difficultés qu'il a eues pour assurer aux travailleurs un approvisionnement d'eau potable. L'ébullition et la distillation étaient des procédés défectueux et inapplicables et le meilleur résultat fut obtenu en combinant deux systèmes de filtres, celui de Maignen et celui de Chamberland. Le filtre Maignen est composé d'une toile d'amiante recouverte d'une composition de noir animal mélangé de chaux.

L'eau chargée d'acétate de plomb ou de sulfate de zinc qui passe par ce filtre, ne donne plus à la sortie les réactions du zinc ni du plomb. En enlevant les matières organiques, le filtre doit sans doute enlever en même temps une partie des germes morbigènes ; toutefois il ne m'a pas paru offrir des garanties suffisantes. Mais le filtre Chamberland possède la propriété de retenir le microbe. Il n'a que l'inconvénient d'exiger une forte pression pour fonctionner.

Nous avons placé dans chaque ménage un filtre Maignen pour purifier l'eau destinée à l'usage alimentaire; mais auparavant cette eau a été débarrassée de tout microbe par le passage à travers les bougies filtrantes de porcelaine de Chamberland.

M. Nicolas fit disposer aux trois campements principaux un appareil pouvant filtrer par vingt-quatre heures 10,000 litres d'eau, qui se déversaient dans un réservoir où l'on venait puiser pour les besoins alimentaires. Le seul obstacle était la pression nécessaire pour permettre le jeux des filtres. On plaça à 5 mètres au-dessus des batteries de filtres un collecteur d'une capacité réglée sur la capacité des filtres. Dans ce collecteur débouchait la conduite de prise d'eau.

L'inspectorat des eaux minérales

La discussion continue sans qu'on voie surgir d'arguments nouveaux.

Les deux orateurs, qui ont pris la parole dans cette seance, M. Constantin Paul et M. Tillot (de Luxeuil, sont partisans des inspecteurs résidents.

M. C. Paul a prouvé qu'aucune plainte sérieuse n'avait jamais été articulée contre les inspecteurs ni au point de vue des rapports scientifiques ni à celui du service des indigents : il pense que le contrôle des inspecteurs régionaux serait illusoire vu l'étendue des régions à inspecter. Il vaut mieux maintenir l'inspectorat actuel, le soutenir contre les intérêts commerciaux, le rétribuer et laisser au ministre la nomination des inspecteurs adjoints que d'adopter les réformes proposées. —M. Tillot est partisan du recrutement des inspecteurs par l'Académie suivant la proposition de M. Vidal.

VARIÉTÉS

Le nouveau doyen de la Faculté de Paris

Au banquet offert à M. Brouardel à l'occasion de sa nomination au décanat, les toasts ont été nombreux et chaleureusement applaudis, nous dit le *Bulletin médical*.

MM. les professeurs Gavarret et Graucher, les docteurs Landouzy, Motet, Gilbert ont tous offert au nouveau doyen leurs félicitations et leurs souhaits.

Voici le portrait plein de finesse et en même temps si ressemblant, que M. *Grancher* a fait de la personne et du caractère du nouveau doyen :

« .... Cette grande situation de doyen, que Tardieu, Wurtz, Béclard (je ne parle que des morts) ont occupée si dignement, vous l'avez reçue du vote unanime de vos collègues, de l'assentiment tacite, mais aussi unanime des étudiants. Enfin, les Facultés de province viennent de ratifier solennellement le choix de la Faculté de Paris, en vous envoyant siéger à la Soction permanente du Conseil supérieur de l'instruction publique.

D'où vous viennent tous ces suffrages, et pourquoi tous les yeux se portent-ils invinciblement sur vous ? Avez-vous donc quelque qualité maîtresse qui s'impose et vous impose ?

Vous avez moins de séduction que Tardieu, moins de science que Wurtz et moins de douceur que Béclard. Vous n'êtes pas davantage le plus illustre, ou le plus ancien Professeur de la Faculté. Mais vous réunissez un rare ensemble de qualités merveilleusement et harmonieusement assorties.

Vous êtes prudent au conseil, mais vous n'êtes pas timide. Vous êtes prompt à l'action, mais vous réfléchissez avant d'agir ; vous avez des convictions fortes, mais vous savez les défendre avec modération, et surtout, vous avez un idéal très élevé du devoir, idéal qui vous a préparé dés longtemps au sacrifice de vos intérêts, de votre vie même, s'il le fallait, pour le bien commun.

Et la Faculté vous a choisi parce qu'elle a besoin pour la représenter et la défendre, d'un colonel et d'un porte-drapeau, si vous voulez. Eh bien ! vous serez tout cela mieux que personne. Vous porterez les trois couleurs comme un soldat et le plumet comme un chef !

Nous nous inclinons devant vous, et nous vous saluons, M. le doyen, comme le plus digne, le plus vaillant ».

Voici maintenant en quels termes, M. *Brouardel* a pour ainsi dire indiqué l'attitude qu'il se propose de prendre pendant son décanat :

« .... Or, parmi toutes les questions que le doyen peut être appelé à défendre, quelles sont celles qui sont mûres, que l'on peut dès maintenant aborder ?

Les Facultés vivent ; comme tout ce qui vit, elles souffrent ; il n'y a pas qu'en économie politique où les intérêts du Nord peuvent être différents de ceux du Midi. Quand on souffre, chacun propose un remède et trouve qu'il agit bien lentement.

J'ai déjà reçu des incitations, des suggestions. Les uns disent : agissez hardiment ; les autres : soyez prudent.

Oh ! messieurs, aux ardents je dirai : notre machine universitaire est outillée comme le système parlementaire.

Je suppose que votre doyen ait une idée de réforme lumineuse, admirable, sans défaut. Il faudra que cette idée soit soumise au conseil de la faculté (commission, rapporteur), au conseil général des facultés, (commission, rapporteur), au conseil supérieur de l'instruction publique (commission, rapporteur) ! !

Pour triomphor, elle devra subir toute une série d'épreuves. Je la suppose parfaite, ralliant tous les suffrages, non discutable : elle mettra deux ans avant de passer de la conception à l'accouchement.

C'est une longue grossesse,

Devons-nous nous en plaindre ? Messieurs, je ne le crois pas. Car, pour vous engager à la patience, j'ai choisi un exemple impossible, j'ai supposé qu'il était sorti de la tête de votre doyen un diamant sans tache, mais il peut en sortir de bien différents. Un de nos tragiques nous a appris les métamorphoses d'un même individu ; il a vu qu'en un plomb vil l'or pur pouvait se changer.

Ne maudissons pas ce système un peu lourd, qui nous met à l'abri des à coups. Mais ne vous faites pas d'illusions, et ne croyez pas que le sceptre que vous m'avez mis entre les mains soit celui de la toute-puissance.

Faites-moi done crédit, Messieurs ; l'attente mettra parfois votre amitié à l'épreuve. Je la crois assez fidèle pour résister à bien des choses.

D'ailleurs, j'ai une qualité qu'aucun de vous n'a mentionnée : je suis très entêté. Ce que je veux, je le veux longtemps et je ne suis pas découragé par les échecs. Quand une idée me prend, elle pénètre lentement, mais sûrement. Mon ami Proust prétend que je suis atteint de *combattivité*. Ce n'est pas tout à fait ce que je crois avec mes illusions personnelles ; je ne suis pas sceptique, j'ai cette qualité des blasés en horreur ; j'aime mieux l'exubérance dans l'ardeur, les folles illusions que cette vertu négative qui laisse tout faire, tout détruire, tout passer, sans provoquer un effort.

Messieurs, parmi vous, les uns m'ont fait le doyen de la Faculté de Paris, les autres ont applaudi et me donnent aujourd'hui sous la forme la plus séduisante leurs suffrages. Dès maintenant, j'appartiens tout entier à la Faculté, à l'Alma Mater. Je ferai tous les efforts dont je suis capable pour que sous mon décanat elle conserve le prestige et la réputation que lui ont valus les travaux et les vertus de mes prédécesseurs.

Je suis sûr de répondre à votre pensée d'affection pour moi, d'amour pour la patrie, en buvant à la gloire de la Faculté de Paris.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Médecins et pharmaciens.

I

Revenons encore une fois sur cette question, puisqu'un autre confrère X nous y invite courtoisement, bien qu'un peu ironiquement. C'est à une philippique que nous avons essayé de répondre au mois de décembre dernier (1), nous nous trouvons aujourd'hui en face d'une sorte de consultation médico-légale dont nous tenons d'autant plus à combattre les conclusions formelles ou sous-entendues que ces idées nous paraissent être accueillies assez favora-

(1) Voy. le nº du *Cnocours* du 4 décembre 1886.

blement par une fraction importante du corps médical.

La thèse de notre contradicteur qui se dissimule à moitié derrière un discret monogramme, tout en l'illustrant de son titre d'Inspecteur des pharmacies, se résume à ceci :

Les pharmaciens se livrent illégalement à la pratique médicale et il est impossible, dans l'état actuel de nos mœurs et de nos habitudes sociales, de mettre un terme à cet abus. Les médecins n'ont d'autres ressources pour se défendre que d'imiter le mauvais exemple qui leur est donné.

En concurrence aux officines médicales, ouvrons des cabinets médico-pharmaceutiques, et pris ainsi à leur propre piège, messieurs les pharmaciens s'empresseront de faire amende honorable.

Autre remède proposé :

Il est évident qu'il y a trop de pharmaciens.

La facilité que donne la loi à tout individu d'ouvrir une officine moyennant l'obtention d'un diplôme atténué jusqu'à l'extrême, allume les convoitises de milliers de jeunes gens, instituteurs sans emploi ou tous autres à la recherche d'une position sociale. Cette pléthore est un mal, et le meilleur moyen d'y remédier serait de limiter le nombre des officines.

Parbleu !.... mais que diront alors les bouchers, boulangers, épiciers, industriels et commerçants de tout genre qui souffrent aussi la même gêne de rivaux encombrants ?.... Pourtant, passons.

Il est vrai qu'à la fin de son article, notre confrère, pour obtenir cette limitation, propose un moyen moins radical que l'amputation pure et simple. Nous allons y revenir.

Examinons d'abord la première des solutions qui nous est proposée : la faculté accordée aux médecins, sans leur en faire une obligation, de fournir et vendre eux-mêmes les médicaments qu'ils prescrivent.

« Le jour où le médecin, nous dit triomphalement le Dr X, aura le droit de se passer du pharmacien, vous reverrez les pharmaciens encourager les clients à passer chez nous. »

En êtes-vous bien sûr, monsieurs l'Inspecteur ? Pour moi, je crois tout au contraire que la concurrence actuelle, une fois légitimée par un article de loi, deviendrait plus ardente et plus âpre, sans compter qu'elle aurait chance de s'universaliser, à moins cependant que le droit nouveau dont on voudrait nous armer ne fût purement fictif et comparable au revolver des gardiens de la paix, qu'on leur confie en leur recommandant bien de ne pas s'en servir. Le médecin aurait en poche son autorisation simplement pour pouvoir dire au pharmacien rival : « Vous savez, si vous continuez à donner des consultations, je vais me mettre à délivrer moi-même les drogues que je formule et que vous ne vendrez plus par conséquent.... »

C'est là une combinaison un peu bien chimérique ou naïve. Car enfin un droit est fait pour qu'on en use, et il est à supposer que beaucoup de confrères n'attendraient pas que « messieurs les pharmaciens commencent ». Beaucoup de ceux qui se plaignent le plus fort aujourd'hui se prendraient alors à regretter l'ancien état de choses.

En laissant de côté le gros argument tiré de l'incompétence, du manque de temps, d'installation et de local, et aussi de la sorte de déchéance dont souffrirait le médecin par le fait de son intrusion dans le domaine commercial, je ne vois pas très nettement Potain, Vulpian, Verneuil, Dieulafoy, Lereboullet préparant eux-mêmes la potion au kermès qu'ils viendraient de formuler, et en négligeant d'autres objections, voyons un peu à quelles difficultés pratiques on se heurterait immédiatement.

Ces difficultés sont de deux ordres : légales et morales. Ainsi que nous venons de le dire, si le médecin était jamais autorisé par une loi à délivrer ses médicaments, il est à présumer que, le lendemain de sa promulgation, bon nombre de confrères useraient de ce droit nouveau. Et, malgré le soin que prend le Dr X de stipuler que seuls les pharmaciens pourraient avoir une officine ouverte, comme il n'existe pas de différence bien nettement et surtout légalement appréciable entre une officine ouverte et une autre qui ne l'est pas, on devine aisément les *abus effroyables* de cette licence. Déjà, dans les grandes villes, les sages de la profession ne déplorent que trop les tendances de plus en plus accusées vers le mercantilisme. Que de fois, à mots couverts, ou délibérément, n'a-t-on pas flétri certaines associations, certaines combinaisons commerciales ou autres qui atteignent la source même de l'indépendance et du libéralisme professionnel. Que sera-ce donc lorsque ces mêmes confrères, qu'un frein légal retient à grand'peine dans l'enceinte déontologique, pourront allègrement la franchir et entrer, le front haut, protégés par la loi elle-même, dans le champ commercial ? Nous assisterons alors, et sans pouvoir protester légitimement, à l'écœurant spectacle que nous donne aujourd'hui une fraction trop considérable du corps pharmaceutique: à la chasse au client au moyen d'une réclame éhontée. Car on n'aperçoit pas de raison valable qui puisse arrêter un médecin sur cette pente, lorsque déjà, avant la loi, il y glisse subrepticement, et avec un art affiné par toutes les ruses qu'inspire l'impitoyable *struggle for life*.

Mais, va répondre sans doute notre contradicteur, ce n'est pas dans les grandes villes que je voudrais voir appliquer cette innovation ; c'est dans les campagnes reculées, dans les bourgs et villages, où le médecin déjà besogneux, faute d'un nombre suffisant de bons et riches clients, voit encore sa maigre pitance diminuée par la concurrence du pharmacien du lieu. — Fort bien. — Mais songez alors à quel casse-tête chinois vous condamnez nos législateurs, s'ils doivent délimiter les points du territoire où le médecin pourra, sans encourir d'amende, délivrer et vendre, même accompagnées d'une ordonnance signée de lui, les drogues qu'il aura prescrites. La situation serait pire qu'aujourd'hui, puisqu'une distance facilement appréciable, quatre kilomètres, permet d'appliquer ou de lever l'interdiction.

L'autre difficulté que j'aperçois à cette innovation est d'ordre moral et scientifique. A mesure que le temps marche, la science aussi progresse, et à l'heure actuelle il est à peu près impossible à une intelligence, même très ouverte, d'embrasser, dans les cinq ou six années de la scolarité universitaire, l'ensemble des connaissances médico-chirurgicales. On sera même obligé, avant qu'il soit longtemps, de faire en cette forêt de plus en plus touffue des études professionnelles, de larges coupes. Mais ne raisonnons que pour l'état présent. Si vous donnez au docteur en médecine le droit de délivrer des médicaments, vous devrez, du même coup, lui fournir les moyens de connaître la préparation des principaux d'entre eux. L'étude pharmacologique s'impose à qui veut honnêtement pratiquer la pharmacie : ci, deux années au minimum nécessaires à nos successeurs pour se rendre maîtres de ce programme

nouveau. Combien d'étudiants, pensez-vous, consentiront à s'imposer ce surcroît de charges et de travail ?

Le plus grand nombre s'en affranchirait fort allègrement. Ils feraient de la pharmacie sans en connaître le premier mot. Mais, comme l'intérêt personnel prime tous les autres et que nul ne s'expose de gaîté de cœur aux terribles conséquences d'une erreur de pesage ou de combinaison, mes pharmaco-médecins du nouveau régime iraient droit là où nous poussent déjà nos mœurs. Ils se feraient les entrepositaires salariés des marchands de drogues spécialisées.

Notre éminent confrère et maître le professeur J. Jeannel avait dès longtemps pressenti ce danger. Dans un travail (1) peut-être un peu pessimiste au sujet de l'influence de la Société du Concours, mais fort remarquable à d'autres titres, M. Jeannel insiste sur la situation de plus en plus précaire que crée à l'officine magistrale la *commercialisation* de plus en plus marquée des produits pharmaceutiques. Il prédit la formation d'immenses caravansérails parisiens, les analogues en droguerie des magasins du *Louvre* ou du *Bon marché*, et dans lesquels, de tous les points du monde, viendraient s'approvisionner petits pharmaciens et médecins, si le projet de notre confrère X....était jamais exécuté. Dès lors plus de pharmacologie, plus de thérapeutique ni de médication rationnelle et précise. La médecine entrera de plain-pied dans le courant industriel ; les gens se soigneraient comme beaucoup d'entre eux s'habillent déjà... par à peu près, comme à la *Belle Jardinière*. Nos successeurs pourraient peut-être par là se faire de belles rentes, mais je doute, qu'avec la richesse ils acquièrent de la considération.

Non, le reproche qu'à bon droit le public et nous-mêmes adressons aux marchands actuellement seuls patentés pour délivrer des drogues et qui, ne se contentant pas de ces bénéfices légaux, veulent y ajouter ceux de la consultation, ce reproche, d'une nature si délicate qu'il peut à peine se préciser, ne s'écrit pas et se murmure à l'oreille, ce reproche ne doit pas pouvoir effleurer le médecin-praticien. Il faut, qu'en présence d'un malade, nous n'ayons d'autre souci — exclusivement — que celui de le guérir ou de le soulager. Si, tandis que s'élaborent en nos cellules cérébrales les combinaisons mentales qu'y fait naître l'appréciation de chaque cas particulier, si, après avoir posé le diagnostic, supputé le pronostic le plus probable, saisi l'indication, nous sommes entravé dans la recherche du moyen thérapeutique par telle ou telle insinuation d'ordre commercial que nous suscite l'intérêt pécuniaire ; si, pour le choix médicinal d'un médicament, il nous est licite de faire entrer en ligne de compte le bénéfice que peut nous rapporter sa vente, je dis que nous descendons d'une situation très haute pour nous embourber dans les vilenies du commerce au detail (2). Et si je m'exprime ainsi, c'est que j'ai de la médecine et de la pharmacie une idée plus haute que celle qui présentement a cours en de certains milieux. Mon honorable contradicteur veut bien m'attribuer, à ce propos, un « regard paternel » pour nos utiles et dangereux auxiliaires, les pharmaciens. Paternel, non, — mais filial, petit-filial, arrière-petit-filial, avunculaire et fraternel ! — Est-ce à cette cause, à celle longue et pénétrante initiation que je dois les idées, un peu rétrogrades en apparence, que je défends ici? La chose est bien possible. Mais, à supposer que je sois un hérétique en présence d'une foi nouvelle, je m'en consolerais avec le grand mot de Bossuet : *oportet hœreses esse*, et aussi par cette considération que si je me trompe, je le fais en assez nombreuse et bonne compagnie. Il est à remarquer, en effet, que ni les premiers législateurs de l'an XI ni les commissions actuelles du Parlement, saisies de travaux émanés de confrères autorisés, n'aient songé à réaliser, entre les deux professions, la fusion qu'on nous propose ici.

Mais s'ensuit-il, parce que je défends le monopole pharmaceutique, non au profit du pharmacien, mais à notre profit à nous, que je ne sois partisan d'aucune réforme au *statu quo*. Non, bien certainement non, — j'acquiescerais volontiers à la proposition de notre confrère l'Inspecteur, de supprimer par voie d'extinction, et de ne plus ensuite créer de pharmaciens de deuxième classe. Pourquoi, en effet, cette catégorie, nécessairement inférieure par la science et par l'intelligence, de praticiens armés des mêmes droits que ceux de la première ? C'est une prime offerte à la médiocrité triomphante, et la puissance des « messieurs Homais » grands et petits est déjà bien assez grande en ce bas-monde sans la consacrer par une incertitude légale.

Le mal vient en partie de cette source ; il vient aussi peut-être d'un manque d'enseignement déontologique suffisamment précis donné aux futurs détenteurs des titres pharmaceutiques. Qu'on réforme donc, par tous les moyens, les mœurs des pharmaciens contemporains, qu'ils reviennent aux saines et sévères pratiques de la période, vraiment glorieuse pour leur corporation, du commencement et de la première moitié de ce siècle. Que des sociétés analogues à nos associations se forment parmi eux et que de courageux citoyens y donnent le branle d'une épuration indispensable.

D'un autre côté, et bien que notre contradicteur trouve anodins les moyens de défense proposés par moi, qu'on interdise, ainsi que je le demandais et le demande encore, avec sanction pénale, toute mention publique par voie d'affiches, réclames, brochures ou étiquettes, des propriétés vraies ou supposées des médicaments ou des drogues spécialisés, et avant dix ans, nous verrions d'autres mœurs succéder à celles que nous déplorons. Mais en voilà assez pour aujourd'hui sur ce sujet.

Nous y reviendrons d'ailleurs prochainement en étudiant les moyens que nous croyons propres à restreindre légalement et pratiquement l'exercice illégal de la médecine par MM. les pharmaciens.

A chaque jour suffit sa peine, et je prie notre confrère X, l'Inspecteur, de vouloir bien agréer, pour celle qu'il a dû prendre à lire une aussi longue tartine, les excuses de celui qu'il veut bien appeler le « bon docteur ».

A. Cortiveaud.

Dans un prochain numéro nous publierons la réplique du docteur X.

(1) Bulletin des travaux de la Société de pharmacie de Bordeaux, 22e année, février 1882, page 289.

(2) Cette critique un peu vive, qui vise surtout une situation qui ne se réalisera jamais, espérons le, n'atteint en rien, est-il besoin de le dire, les honorables confrères auxquels leur éloignement légal d'une officine impose les deux rôles. Ils font là par force ce que d'autres entreprendraient par choix.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Tarron, à Anduze (Gard), présenté par le docteur Mazel, d'Anduze.

M. le Dr Allo, à Quintin (Côtes-du-Nord), présenté par le docteur Guibert, de Saint-Brieux.

TRAVAUX ORIGINAUX

Propriétés Thérapeutiques de la Résorcine

La résorcine fait partie de la série aromatique au même rang que l'acide phénique, le thymol, etc., corps remarquables par leurs propriétés antiseptiques et antiputrides. Mais le plus grand nombre de ces substances présentent des inconvénients parfois assez sérieux soit par leurs qualités organoleptiques, soit par leurs propriétés toxiques.

En ce qui concerne la résorcine, je n'hésite pas à la ranger au premier rang à cause de ses remarquables propriétés bien supérieures à celles de l'acide phénique, lequel a jusqu'à présent joui d'une vaste renommée.

La résorcine médicinale absolument pure se présente sous l'aspect de longues aiguilles prismatiques, blanches et soyeuses. Elle a une saveur sucrée assez agréable, acceptée très facilement par les enfants. Elle n'a absolument aucune odeur, contrairement à l'acide phénique, dont l'odeur est désagréable et tenace. Elle possède une solubilité extrême, 95 % bien supérieure à celle de tous les autres antiseptiques dérivés de la benzine, une causticité très légère même en nature et une toxicité bien inférieure à celle de l'acide phénique.

Toutes ces propriétés, très remarquables, on peut le dire, qui lui donnent une facilité extrême n'embarrassent pas le praticien sur le mode de son emploi et doivent être prises en considération.

Elles ont été l'objet de nombreuses recherches entièrement personnelles que j'ai faites depuis quelque temps, au point de vue expérimental, et que j'ai relatées in extenso dans ma Thèse inaugurale (1).

Une longue application clinique de cinq années consécutives a confirmé de tous points les données de l'expérimentation. C'est le résumé de cette application clinique qui a fait l'objet d'un mémoire distingué par l'Académie de Médecine (concours Desportes, 1886) que je me propose d'exposer ici aussi succinctement que possible.

Je place en première ligne la diphthérie prise dans toutes ses manifestations et surtout l'angine diphthéritique et le croup, cette maladie cruelle qui décime l'enfance; ensuite l'érysipèle, la coqueluche, maladie considérée jusqu'à ce jour très tenace, toutes les autres affections bénignes de la bouche et des cavités nasales, les affections oculaires, l'empyème, les ulcères de jambe, les phlégmons suppurés et autres plaies accidentelles, dont le pansement à la résorcine n'a jamais présenté aucune complication. De même je l'ai employé en obstétrique et gynécologie et dans les inflammations chroniques de la vessie et de l'estomac en irrigations antiseptiques. Enfin; dans tous les cas nombreux où l'acide phénique et les autres antiseptiques ont été appliqués.

Les doses de résorcine ont varié à l'infini et je l'ai employée à tous les degrés de concentration sans le moins accident ou inconvénient, en nature pour les cautérisations légères, en solution aqueuse et glycérinée plus ou moins concentrée, en gargarismes seule ou associée au chlorate de potasse ou au borate de soude qu'elle remplace du reste très avantageusement ; en pommade à la vaseline seule ou associée à l'iodoforme en petite quantité ; en solutions aqueuses faibles pour les irrigations et les pansements des ulcères et des plaies de toutes natures et en obstétrique.

J'insiste particulièrement sur les résultats curatifs remarquables obtenus par la résorcine dans la diphthérie de la gorge et du larynx ou les accidents diphthéritiques des plaies. Dès 1880 j'avais relaté un cas de guérison d'angine diphthérique dont l'observation est insérée dans ma Thèse inaugurale ; depuis lors un nombre considérable de cas de guérison rapide ont été insérés dans mon mémoire présenté à l'Académie de Médecine (concours Desportes 1886). Dans la diphthérie de la gorge et du larynx je conseille de commencer les badigeonnages des plaques diphthéritiques avec une solution aqueuse de résorcine à 5 pour 100 additionnée d'un peu de glycérine neutre et aseptique et de les continuer toutes les heures même au plus jeune âge ; si les résultats heureux ne sont pas très prompts à se manifester, augmenter la dose jusqu'à 10 pour cent ; en solution plus concentrée, elle doit être appliquée moins fréquemment et n'être employée que par le médecin, mais sans crainte de produire des eschares, la résorcine étant infiniment moins caustique que l'acide phénique. En même temps je fais faire des pulvérisations dans la gorge d'une solution de 2 pour 100 pendant deux ou trois minutes toutes les deux heures ou plus souvent, suivant la gravité de l'affection. Comme adjuvant, j'ordonne la teinture d'iode à la région antérieure du cou et un régime tonique.

Pour les plaies diphthéritiques, je fais appliquer des compresses permanentes imbibées d'une solution de 1 à 2 pour 100 de résorcine et recouvertes de taffetas gommé pour maintenir l'humidité, ou une pommade à l'iodoforme, résorcine et vaseline, dans les mêmes proportions.

Pendant une épidémie de rougeoles et d'angines diphthéritiques que j'ai observée dernièrement, chez les enfants traités à la résorcine, à part une prompte guérison, je n'ai enregistré aucun cas de croup suivi de mort, tandis que deux enfants de 10 à 12 ans, atteints d'angine, partis malades au loin chez leurs parents et ayant suivi un autre traitement, sont morts tous les deux du croup malgré la trachéotomie. Des faits pareils sont dispensés de commentaires.

Dans l'érysipèle de la face, je fais badigeonner la face toutes les heures avec la solution suivante : résorcine, 1 ; glycérine, 10 ; eau, 40 qui maintient constamment la peau souple et soulage considérablement les patients. Traitement complémentaire : quinine et laxatifs.

La coqueluche, cette maladie souvent si tenace et si pénible, j'ai pu l'atténuer et même l'enrayer dans un temps relativement court par l'emploi de la résorcine associée à la cocaïne dans les proportions suivantes : résorcine 1 gramme; cocaïne 0,10 centigrammes; glycérine 5 grammes; eau 15 grammes ; en badigeonnages du fond de la gorge faits toutes les deux ou trois heures. En même temps on pourrait faire faire des pulvérisations d'une solution de résorcine ou 2/00 toutes les deux heures, antispasmodiques et toniques.

Quant aux plaies chirurgicales ou accidentelles, en obstétrique ou dans les maladies de la vessie et de l'estomac, une solution de 1 à 2 pour 100 aqueuse et légèrement glycérinée suffit parfaitement bien pour les irrigations et les pansements.

Dernièrement encore, dans un cas d'infection

(1) *De la Résorcine et de son emploi en Thérapeutique. Recherches expérimentales et cliniques*, par le docteur Hippocrate Callias. Libr. O. Berthier. 1880.

puerpérale au début, signalée par des frissons, une anxiété précordiale, de la fièvre intense, des sueurs profuses, l'abence de lochies et l'odeur putride, j'ai fait faire des irrigations d'une solution de résorcine à 1/100e de un à deux litres trois fois par jour, soit de 30 à 40 grammes de résorcine utilisée dans les 24 heures en pansements, et cela sans le *moindre inconvénient* et avec des résultats remarquables, obtenus très promptement.

En résumé, à la suite d'une longue expérimentation et application clinique, j'ai acquis la conviction intime que la résorcine est un puissant antiseptique et antiputride, dont l'absence de toute odeur, la saveur sucrée qui est acceptée volontiers par les enfants, la solubilité extrême dans tous les excipients, à part le chloroforme et le sulfure de carbone, la causticité minime et la toxicité presque nulle, employée localement, la placent à un rang bien au-dessus de l'acide phénique et autres antiseptiques employés jusqu'à présent.

Malheureusement cette substance si précieuse est restée jusqu'à ce jour presque dans l'oubli; mais j'espère que ce petit résumé décidera d'autres expérimentateurs à venir confirmer les résultats constatés par moi.

Dr Hippocrate Callias.

NOUVELLES

Voici une lettre écrite à la *Gazette des hôpitaux* par le docteur Després, chirurgien de la Charité, et membre du conseil municipal de Paris :

« Paris, le 22 mars 1887.

Mon cher Directeur,

Les journaux viennent de publier que le conseil de surveillance de l'Assistance publique a donné, ces jours-ci, un avis favorable au renvoi des sœurs d'un hôpital d'enfants, l'hôpital Trousseau. Sur les vingt membres dont se composé le conseil de surveillance, sept se sont prononcés pour cette déplorable mesure. C'est assurément sur la proposition de M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, que cette décision a été prise, en l'absence de MM. les préfets de la Seine et de Police, et de M. le docteur Nicaise, le représentant des chirurgiens au conseil de surveillance, actuellement malade dans le Midi.

Ce nouveau défi, jeté au bon sens public, ne saurait manquer de frapper le gouvernement de qui dépendent en dernier ressort les hôpitaux de Paris, en vertu de la loi de 1849 ; et il suffirait que M. le ministre de l'intérieur dît « non » pour que le vote du conseil de surveillance fût réduit à sa véritable valeur. Le gouvernement, en effet, ne saurait prêter la main au renvoi des sœurs des hôpitaux civils de Paris, pendant que, d'autre part, il les garde avec tant de soin dans ses hôpitaux de l'armée et de la marine, et dans ses prisons.

Le conseil de surveillance a pu constater, depuis plus de deux ans, le déficit croissant du budget des hôpitaux, déficit avoué de quatre millions, auquel il faut joindre un déficit imminent d'une somme égale, et qui, pour la plus grande partie, sont le fruit du désordre apporté dans les hôpitaux par le renvoi des sœurs; il n'ignore pas qu'on a vendu et qu'il va falloir encore vendre les rentes et les biens des pauvres.

De son côté, M. Peyron sait bien, que dernièrement, quand il s'est agi d'envoyer dans un service d'enfants atteints de croup, une dame D..., célibataire, élève diplômée de l'école d'infirmières laïques, appelée à ce poste, à son tour de placement, elle a refusé d'y aller, disant qu'elle ne voulait pas gagner le croup. Et cependant, M. Peyron, depuis qu'il est directeur, à défaut d'avoir gardé le souvenir de son court passage dans l'externat des hôpitaux, a pu voir que, quand l'on envoie une sœur hospitalière dans un de ces services meurtriers, elle y est rendue dans les vingt-quatre heures.

Je passe sur le reste : mais, en vérité, l'on demeure confondu, quand on songe que de tels avertissements sont perdus pour ceux qui devraient le plus en profiter, et l'on se demande, enfin, jusqu'où peut encore descendre l'administration de l'Assistance publique.

Veuillez agréer, mon cher directeur, mes meilleurs compliments.

Dr Armand Després. »

Réponse de M. Peyron (Progrès médical).

Paris, le 25 mars 1887.

Monsieur le Directeur,

La *Gazette des Hôpitaux* a publié, dans son numéro du 24 mars, une lettre de M. Després que j'aurais laissée sans réponse si, à côté des déclamations habituelles et des erreurs familières à M. le docteur Després, je n'y avais relevé le passage suivant :

« De son côté, M. Peyron sait que dernièrement quand il s'est agi d'envoyer dans un service d'enfants atteints de croup une dame D..., célibataire, élève diplômée de l'Ecole d'infirmières laïques, appelée à ce poste, à son tour de placement, elle a refusé d'y aller, disant qu'elle ne voulait pas gagner le croup. »

J'affirme de la façon la plus énergique que jamais je n'ai appelé Mme D... à aucun emploi dans aucun hôpital d'enfants et qu'elle n'a pas eu à refuser un poste que je ne lui ai pas offert. — Veuillez recevoir, etc.,

E. Peyron,

Réplique de M. A. Després (Gazette des Hôpitaux)

Paris, le 29 mars 1887

Mon cher Directeur,

M. le Directeur de l'hôpital de la Pitié, à qui M. le Directeur de l'Assistance publique donnera sans doute des instructions pour contester l'exactitude des faits, a pris, il y a quelque temps, une sous-surveillante d'un service de chirurgie de cet hôpital pour l'envoyer dans un service d'enfants afin de remplacer les sœurs hospitalières renvoyées. Pour une raison ou pour une autre, il fut question de rappeler cette surveillante dans son ancien service, et il devenait urgent de trouver une personne pour la remplacer. C'est alors que Mme D..., fut avertie qu'elle serait appelée à ce poste et qu'elle a refusé ; une dame H..., également diplômée de l'Ecole d'infirmières, présentée de la même façon, a également refusé ; et l'on a dû laisser dans le service d'enfants, la surveillante que l'on y avait placée.

Je me hâte d'ajouter que ce n'est pas de M. le Directeur de la Pitié que je tiens le fait. Je craindrais, en effet, si je ne faisais cette déclaration, que M. Peyron ne sacrifiât ce directeur aussi allègrement qu'il a sacrifié au Conseil général deux excellents employés de l'Assistance publique, MM. Brueyre et Savouré, condamnés, sans doute, tous deux par M. Bourneville, qui est toujours, à ce qu'il paraît, directeur occulte de l'Assistance publique.

M. Peyron pouvait certainement, à l'aide d'une restriction mentale, nier énergiquement le fait que j'ai avancé ; je ne m'en étonne pas autrement et c'est assurément là un moyen d'administrer à la portée de tout le monde. Veuillez agréer, etc.

Dr Armand Després.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs de la mort du Dr Blain, de Bernay (Eure), membre du *Concours médical*, ancien interne des Hôpitaux, ancien président et secrétaire actuel du syndicat de Bernay.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André, 3

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

AVIS

Caisse de retraites des Médecins Français.

L'assemblée générale annuelle de la Caisse des pensions de retraite du corps médical français, aura lieu le *dimanche* 17 *avril*, à 10 heures du matin, dans les salons du Grand-Véfour (Palais-Royal). La réunion du *Comité directeur* de la Caisse aura lieu le *samedi*, 16 *avril*, à 9 heures du matin ; celle du *Comité des censeurs*, le même jour, à 10 heures du matin, chez le Président de la Caisse, M. le Dr Dujardin-Beaumetz, 176, boulevard Saint-Germain.

Union des Syndicats.

Le bureau de l'*Union des Syndicats* se réunira le *samedi* 16 *avril*, 2, rue Casimir-Delavigne, à 2 heures de l'après-midi, sous la présidence de M. le Dr Dupuy, député de l'Aisne.

Société civile du Concours Médical.

Le Conseil de direction de la Société du Concours médical se réunira le même jour, à 4 heures de l'après-midi, sous la présidence du directeur du *Concours Médical*.

LA SEMAINE MÉDICALE

Guérison d'une fistule vaginale par l'eau chlorurée.

M. *Hervieux* (1) fut appelé à soigner une jeune femme de 23 ans qui, à la suite d'un phlegmon pelvien ouvert dans le vagin, avait conservé depuis 4 ans une fistule intarissable. La fétidité de la suppuration, la vivacité des douleurs qui rendaient également impossibles la marche, la station et même le décubitus dorsal, avaient déterminé un état de profonde cachexie.

Le traitement purement hygiénique et tonique n'ayant amené aucun résultat, les tentatives d'injections antiseptiques avec un spéculum et une sonde métallique n'ayant pu être supportées, on proposait à la malade une contre-ouverture et le drainage, même l'ablation du coccyx. M. Hervieux, qui avait eu déjà à se louer de l'emploi de l'eau chlorurée comme modificateur des vieux foyers de suppuration, voulut faire avec ce médicament des injections dans le foyer ; mais, pour éviter à la malade les douleurs qui avaient fait renoncer aux tentatives antérieures, il n'eut pas recours au spéculum et, après avoir pris connaissance très exactement par le toucher de la topographie de la fistule, il introduisit dans celle-ci, en se guidant sur l'index gauche, une sonde en gomme. Pendant cinq mois des injections d'eau chlorurées furent faites ainsi dans le foyer et amenèrent une guérison complète.

(1) Société médicale des hôpitaux, 8 avril.

Mort par thrombose de l'artère pulmonaire dans la chlorose.

Une jeune fille de 23 ans entre à l'hôpital Necker, dans le service de M. *Rendu*, pour une chlorose classique datant de deux ou trois mois. Le pouls était petit et rapide, et pendant le premier interrogatoire se produisit une lipothymie ; l'auscultation du cœur et des poumons ne décèle là point de lésions. Cependant, la malade mourut subitement le soir même.

On trouva à l'autopsie le poumon gauche atélectasié et congestionné. Un caillot volumineux occupait l'artère pulmonaire gauche; partant de la bifurcation de cette artère, il se prolongeait jusque dans les plus petits rameaux, adhérant partout aux parois vasculaires. Sa coloration était d'un gris jaunâtre. Il était donc de date ancienne. Les parois de l'artère pulmonaire ne présentaient pas de lésions histologiques.

L'artère bronchique correspondante à l'artère pulmonaire oblitérée était parfaitement libre, ce qui avait permis l'établissement d'une circulation collatérale.

M. Rendu insiste sur la rareté de ce fait. Il s'agissait là bien certainement d'une thrombose et non d'une embolie ; la coloration, l'adhérence et la longueur du caillot le démontraient. Or les thromboses sont exceptionnelles dans la chlorose. Trousseau et M. Hanot en ont rapporté deux cas, et M. Lancereaux discute la possibilité de la thrombose chlorotique.

M. *Gaucher* dit en avoir observé deux cas.

Traitement de la sciatique et de la névralgie faciale par le chlorure de méthyle.

L'inventeur de la méthode, M. *Debove*, fait connaître le bilan de sa pratique depuis l'époque où il a fait sa première communication sur ce sujet (1884). Il a traité environ 150 sciatiques. Les cas rebelles représentent un vingtième environ. Tous les autres ont guéri presque instantanément, et la guérison a été obtenue même chez des individus qui boitaient depuis plusieurs années et semblaient atteints de névrite, puisqu'ils avaient un certain degré d'atrophie.

On peut obtenir avec cette méthode des succès dans le traitement du lumbago et de la névralgie faciale.

Il importe de manier avec prudence le chlorure de méthyle. Car on a vu, à la suite d'une pulvérisation trop prolongée, des accidents graves, eschares superficielles et même profondes. On ne doit jamais obtenir autre chose qu'une rougeur érythémateuse.

Il est bon de prévenir les malades, surtout les jeunes femmes, que, même bien faite, la pulvérisation peut déterminer une pigmentation indélébile. Le secret de la réussite est de faire une irritation superficielle, mais sur une surface très étendue; ainsi, pour la sciatique, sur toute la fesse et toute la face postérieure du membre inférieur.

On ne doit opérer qu'avec les plus grandes réserves les diabétiques, et les albuminuriques, et non sur les membres œdématiés. Il faut avoir des ménagements particuliers pour la peau fine des obèses, et pour la peau qui recouvre immédiatement les os (face interne des tibias, malléoles).

Pour la face, on doit faire des pulvérisations très légères tous les jours pendant deux mois. Sur 18 cas, M. Debove pense avoir eu ainsi 16 guérisons. Dans deux cas, on suspendit au bout de 2 mois, parce qu'on constatait une aggravation ; mais, huit jours après, la guérison survenait, probablement parce que le traitement avait provoqué une exacerbation aiguë de l'affection chronique avant d'amener la guérison. Il est habituel de voir une rechute au bout de six mois ou d'un an ; mais la reprise du traitement en fait définitivement justice. Les pigmentations persistantes sont bien moins à craindre sur la face, probablement à cause du riche réseau vasculaire.

Pour ménager les yeux, il suffit de dire au malade de les fermer pendant la pulvérisation.

Choix des sels de quinine ; précaution à prendre, quand on formule un sel d'alcaloïde toxique (1).

M. *Boymond* insiste sur les avantages du chlorhydrate de quinine qui cristallise facilement, est moins aisé à falsifier que le sulfate et que sa solubilité rend précieux pour les injections hypodermiques.

M. *Vigier* préfère pour cet usage le lactate de quinine, à la condition qu'il ait été récemment préparé.

D'après M. *Marty*, le sulfovinate de quinine, qui a été aussi préconisé pour injections, présente le même inconvénient.

Voici, d'ailleurs, le tableau comparatif des principaux sels de quinine au point de vue de leur richesse en quinine et de leur solubilité.

Sulfate de quinine médicinal. — Soluble dans 740 fois son poids d'eau, contenant environ 71 % de quinine et 4 à 5 % de cinchonidine, il est en aiguilles longues, déliées, d'apparence cotonneuse, d'une légèreté extrême.

Sulfate de quinine pur. — Soluble dans 755 fois son poids d'eau, contient 74,31 % de quinine, il forme des aiguilles dures, brillantes, dont l'aspect rappelle assez certaines formes du sulfate de magnésie et du sulfate de soude. Il est de 2 à 4 fois plus lourd que le sulfate de quinine et n'a pas été employé jusqu'à ce jour.

Bi-sulfate de quinine ou sulfate neutre. — Contient 59,12 % de quinine. Ce sel est en petits cristaux prismatiques. Il est soluble dans 10 parties d'eau, mais il contient 15 % de moins de quinin que le précédent.

Chlorhydrate de quinine. — Soluble dans 25 parties d'eau, il contient 81,71 % de quinine ; c'est le plus riche des sels de quinine.

Bromhydrate de quinine. — Ce sel contien t 76,60

(1) Société de pharmacie de Paris; *Bulletin médical.*

% de quinine, il est soluble dans 60 parties d'eau froide, est bien toléré par l'estomac et possède les propriétés calmantes des bromures.

Valérianate de quinine. — Il contient 76,06 % de quinine, il est soluble dans 110 fois son poids d'eau froide; il est utilisé surtout dans les névroses.

Salicylate de quinine. — Ce sel contient 68,79 % de quinine, il est soluble dans 900 parties d'eau; il a été très employé dans la dernière épidémie de choléra; beaucoup de médecins étrangers le recommandent dans la fièvre jaune.

Lactate de quinine. — Il contient 78,26 % de quinine, il se dissout dans 3 parties d'eau froide; à l'état chimiquement pur, il est employé pour les injections hypodermiques.

En somme, l'avis presque unanime est que le chlorhydrate de quinine est préférable à tous les autres pour les injections hypodermiques; son seul inconvénient est le danger des erreurs possibles par confusion avec le chlorhydrate de morphine, erreur qui a malheureusement été commise et a causé au moins une fois un empoisonnement mortel. MM. Viguier et Delpech pensent qu'il suffirait, pour éviter toute erreur, que le médecin écrivît sur l'ordonnance: « Quinine chlorhydrate. »

Les pharmaciens se plaignent d'ailleurs, et il faut reconnaître que sur ce point ils ont un peu raison, qu'un grand nombre de médecins n'observent pas les prescriptions légales dans la manière de formuler; la plupart oublient, malgré un rappel récent du préfet de police, d'écrire en toutes lettres le nom et le poids de toute substance vénéneuse, de signer lisiblement et de mettre leur adresse.

La Société de pharmacie de Paris a clos cette utile discussion par une motion dans laquelle elle prie les médecins de nommer l'alcaloïde en premier, lorsqu'ils ordonnent un sel de ces bases, c'est-à-dire d'écrire « *quinine chlorhydrate* » et « *morphine acétate* » au lieu de chlorhydrate de quinine et d'acétate de morphine, etc. Nous ne pouvons qu'approuver cette motion, et nous engageons nos confrères à s'y rallier.

Nature tuberculeuse de la plupart des otites purulentes chroniques.

M. *Edgard Hirtz* a, dans nombre de ces cas, trouvé des bacilles de Koch dans le pus.

Aussi n'est-il pas surprenant que chez des sujets qui ont de l'otorrhée depuis l'âge de 5 ou 6 ans, survienne, de 18 à 23 ans, une méningite tuberculeuse à forme insidieuse.

Les médecins devraient donc apporter une extrême attention aux otorrhées purulentes chroniques, en faire l'examen au point de vue bacillaire, et chercher à en obtenir la guérison à tout prix. Les meilleurs moyens médicaux sont les insufflations d'iodoforme, les injections d'alcool iodoformé.

Il faut quelquefois recourir à un traitement chirurgical.

Les enfants, atteints d'otorrhée purulente chronique, doivent être suspects au point de vue de la contagion.

Angine de poitrine; aortite aiguë et tabagisme.

La discussion soulevée par de précédentes communications de M. H. Huchard sur ce sujet a été reprise par M. *Guyot*. Il a connu des malades atteints d'angor pectoris et qui, sans prendre de traitement ioduré, grâce seulement aux précautions hygiéniques, voyaient leurs accès s'espacer tellement qu'ils finissaient par mourir de toute autre maladie. Il ne croit pas beaucoup non plus à la guérison des anévrysmes de l'aorte par l'iodure.

M. Edgard *Hirtz* vient d'avoir dans son service un homme, fumeur, mais pas d'une façon exagérée, qui souffrait depuis quelques mois d'accès angineux. A la troisième crise qu'il eut à l'hôpital, il succomba brusquement au bout de 10 minutes. On n'avait trouvé de son vivant rien d'anormal à l'auscultation, sauf un timbre un peu métallique du deuxième bruit de la base; le pouls était régulier et les artères souples. A l'autopsie, intégrité du plexus cardiaque, du myocarde, de l'endocarde, des valvules et des orifices; *coronaires intactes dans toute leur étendue*, mais plaques rosées et molles d'aortite aiguë depuis la naissance de ce vaisseau jusqu'à l'origine des gros troncs artériels.

L'intérêt réside dans l'existence d'une aortite aiguë primitive, non greffée sur un athérome antérieur; dans l'intégrité des coronaires chez un homme mort d'angor pectoris *vrai*, malgré l'iodure de sodium qu'il avait pris depuis son entrée à la dose de 4 grammes par jour, et malgré qu'il eût cessé de fumer, depuis huit ou dix jours.

M. *Huchard* répond que ce cas rentre dans les angines tabagiques, où le simple spasme des coronaires sans lésions peut entraîner la mort par ischémie cardiaque. Le malade n'avait pas cessé de fumer depuis assez longtemps pour n'être plus sous l'influence du tabagisme, et il faut administrer l'iodure pendant beaucoup plus de temps pour obtenir un résultat. M. Huchard rappelle les expériences de Cl. Bernard dans lesquelles on voit que la nicotine produit le spasme de tous les vaisseaux et celles de François Franck qui prouvent qu'une aortite peut provoquer par action réflexe une ischémie du myocarde par spasme des artérioles.

M. *Guyot* a toujours vu les accidents nerveux, circulatoires ou digestifs, imputables au tabagisme disparaître immédiatement après la suppression du tabac, pour réapparaître rapidement, il est vrai, dès qu'on se remet à fumer. En outre, il y a lieu d'être surpris du petit nombre des angineux comparativement au grand nombre des gens qui fument avec excès. Le malade de M. Hirtz a succombé à son aortite et non au tabagisme: quant au mécanisme de la mort invoqué par M. Huchard, le spasme des coronaires, paraît à M. Guyot une simple hypothèse.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 avril.

MM. *Arloing et Cazeneuve* (de Lyon) ont fait des recherches *sur les effets physiologiques de deux colorants rouges azoïques très employés pour colorer les substances alimentaires, la rocelline et le rouge de Bordeaux.* Les auteurs concluent que ces corps devraient rentrer dans la liste légale des colorants non nuisibles pour la confiserie et la liquoristerie. Aujourd'hui, que par suite des progrès de la chimie il y a un véritable débordement de matières colorantes tirées de la houille, il est désirable que chacune d'elles soit ainsi scientifiquement étudiée, de façon à ce qu'une loi fixe la liste des colorants nuisibles et non nuisibles d'une façon plus en harmonie avec les connaissances actuelles.

M. *Blache* lit une communication sur *les résultats obtenus par l'application de la loi Roussel dans le département de la Seine.* Il détermine des statistiques les causes de la mortalité, la nature des maladies d'après les modes d'élevage, les quartiers, les saisons, le sexe, l'état civil, l'âge et la durée du séjour chez la nourrice. Ces statistiques ne se prêtent guère à un résumé ; elles seront consultées avec fruit par les médecins qui s'occupent de la protection de l'enfance et elles sont de nature à démontrer avec évidence les avantages que la société tire de la surveillance légale des nourrissons par des inspecteurs-médecins.

L'inspectorat des eaux minérales.

M. *Vidal*, après avoir résumé les arguments apportés de part et d'autre dans le débat actuellement pendant devant l'Académie, annonce que la commission repousse les contre-projets de MM. Brouardel et de Ranse et maintient les conclusions qu'elle a déjà soumises dans la séance du 1er mars dernier.

Les faux témoignages des enfants devant la justice.

M. *Motet.* — Je ne sais rien de plus émouvant que le récit d'un enfant racontant les détails d'un crime dont il prétend avoir été ou le témoin ou la victime. La naïveté du langage, la simplicité de la mise en scène augmentent singulièrement l'intérêt, accroissent la confiance. L'entourage se laisse aisément gagner par une émotion qui va grandissant toujours, se doublant de l'indignation et de la pitié qu'inspire une monstrueuse aventure.

Lasègue racontait qu'un jour il avait eu à intervenir dans une affaire grave : Un négociant, chemisier, est appelé chez un juge d'instruction sous l'inculpation d'attentat à la pudeur sur un enfant de dix ans. Il proteste en termes indignés ; il affirme qu'il n'a pas quitté sa maison de commerce à l'heure où aurait été commis l'attentat dont on l'accuse. Voici comment avait pris naissance cette fable : l'enfant avait fait l'école buissonnière et il était rentré à la maison longtemps après l'heure habituelle ; à son arrivée, sa mère inquiète lui demande d'où il vient; il balbutie ; elle le presse de questions ; elle s'imagine qu'il a pu être victime d'un attentat à la pudeur et, lancée sur cette piste on ne sait pourquoi, elle interroge en ce sens ; elle prépare à son insu les réponses, et, quand le père arrive, c'est elle qui, devant l'enfant, raconte l'histoire telle qu'elle l'a créé. L'enfant la retient, la sait par cœur, et, quand on lui demande s'il reconnaîtrait la maison où il a été conduit par le monsieur, il désigne la demeure du négociant, et l'histoire ainsi complétée est acceptée jusqu'au jour où il a été possible de reconstituer l'escapade et de réduire à néant une fable dont les conséquences auraient pu être si graves.

Le hasard m'a permis de recueillir, dans un court espace de temps, quatre observations de ce genre :

Le 19 novembre 1885, un petit garçon de sept ans et demi, ne rentre pas chez sa mère, et le soir il est retrouvé à Billancourt : deux inspecteurs l'avaient retiré de la Seine au moment où il allait se noyer.

Il raconta que le matin, dans la rue, un homme dont il fait le portrait, dont il détaille le costume, les allures, l'avait abordé et l'avait emmené de force ; après avoir marché longtemps, ils étaient arrivés sur le bord de l'eau, et sans rien dire l'homme l'avait jeté dans la rivière, etc.

Le signalement de l'homme était si précis qu'on put sans peine trouver celui que désignait l'enfant. Malgré ses énergiques dénégations, cet homme, employé dans un musée d'anatomie ambulant, établi près de la demeure de l'enfant, fut arrêté, mais il prouva son alibi. C'est alors que je fus chargé d'examiner l'enfant Albert Morin.

J'appris auprès de la mère que depuis longtemps cet enfant dormait mal, presque toutes les nuits il urinait dans son lit. En outre, le milieu dans lequel il vivait était de nature à frapper son imagination et à déterminer chez lui une exaltation singulière du sentiment du merveilleux. Sa mère étant marchande de journaux, il entendait à chaque instant parler de faits divers émouvants, il avait continuellement sous les yeux des images qui représentaient des scènes de violence, etc. Sur ces entrefaites, dans son quartier vient s'établir un musée d'anatomie ; au milieu de figures de cire qui le fascinent, un homme se meut, parle, et, par une singulière coïncidence, l'enfant l'entend un jour dire à la foule : « Entrez, vous verrez la tête de Morin tué par Mme C. H... » Le reste lui importe peu ; mais Morin, c'est lui, la tête que cet homme va montrer, est-ce la sienne ?

Voilà le choc moral, l'impression est produite, la perplexité, l'obsession vont la suivre, la rendre durable, et, au lieu du sommeil si calme d'ordinaire à cet âge, des rêves effrayants vont le hanter, le souvenir en persiste au réveil, l'idée d'un danger menaçant s'implante alors dans l'esprit, et un jour, au hasard peut-être d'une rencontre, l'enfant pris de peur fuit devant lui et arrive sur le bord de la Seine ; à ce moment la vision a dû disparaître ; la chute dans l'eau n'est plus qu'un événement banal. Au fond de tout cela, qu'y a-t-il ? Un état mental très intéressant à étudier chez un enfant qui un beau

jour a mis en action, dans un état d'automatisme analogue à celui du somnambulisme, l'un de ses rêves terrifiants. Son esprit troublé a fait tous les frais d'une aventure, à la réalité de laquelle on a pu croire, et qui n'est pas autre chose qu'un fait pathologique, une auto-suggestion.

J'ai eu presque à la même époque à examiner un jeune détenu qui racontait qu'une personne était entrée la nuit dans sa cellule, et s'était livrée sur lui à des attouchements obscènes. L'explication ne fut pas difficile à trouver ; l'enfant avait des oxyures, et de l'érythème intertrigo avait été provoqué par des frottements répétés ; le sommeil était troublé par des rêves sous l'influence desquels la sensation de prurit à l'anus se transformait en attouchements, et dans cette jeune imagination pervertie par la vie d'atelier une histoire faite moitié de terreurs nocturnes, moitié de conversations obscènes, était débitée avec toutes les apparences d'une conviction sincère.

C'est par un procédé analogue que des enfants s'accusent de délits ou de crimes qu'ils n'ont pas commis. C'est ainsi que j'ai vu un enfant de dix-sept ans arrêté sous l'inculpation d'avoir jeté à l'eau un de ses petits camarades.

Lorsqu'il fut conduit devant le juge d'instruction, il avoua et nia tour à tour ; si on l'interrogeait d'une certaine façon, il récitait une leçon apprise ; si on lui parlait avec bienveillance, il disait le contraire de ce qu'il avait affirmé ; il y avait dans son esprit un mélange confus de vérités et de mensonges qui rendaient assez difficile la solution du problème. Le retour de l'enfant disparu vint heureusement tout simplifier.

Il faut donc, au point de vue médico-légal, se tenir en garde contre les affirmations souvent mensongères des enfants ; ce qui s'est passé en Hongrie il y a quelques années, en est un saisissant exemple. Une jeune fille disparut sans que personne sût ce qu'elle était devenue.

Deux mois après on retrouva un cadavre que les uns reconnurent pour celui de cette jeune fille, tandis que les autres le nièrent ; mais les passions religieuses s'éveillèrent à propos de ce fait : protestants et catholiques accusèrent les israélites d'avoir assassiné la jeune Esther dans la synagogue ; une légende se propage, on fixe le jour, l'heure du crime, etc. Un enfant de treize ans, rudoyé, violenté par le juge d'instruction, finit par dire que son père avait attiré chez lui la jeune fille, qu'il avait entendu un cri et qu'il l'avait vue par le trou de la serrure étendue par terre.

En vain démontra-t-on l'alibi des hommes accusés, l'impossibilité de commettre un pareil attentat en plein jour, etc., etc., la déposition de l'enfant est là, et le juge qui l'a préparée et qui ne veut pas la perdre, séquestre son jeune témoin jusqu'au jour de l'audience où il vint réciter comme une leçon apprise l'épouvantable déposition à laquelle il avait fini par croire.

C'est notre honneur à nous, médecins, de pouvoir apporter la lumière dans ces questions si délicates. Lorsqu'il s'agit de l'enfance, il ne faut jamais oublier que sa jeune intelligence est toujours prête à saisir le côté merveilleux des choses, que les fictions le charment, et qu'il objective puissamment ses idées, qu'il arrive avec une étonnante facilité à donner un corps aux fictions écloses dans son imagination ; que son instinctive curiosité, son besoin de connaître, d'une part, et d'autre part l'influence qu'exerce sur lui l'entourage, le disposent à accepter sans contrôle possible tout ce qui lui vient de ces sources diverses. Bientôt il ne sait plus ce qui lui appartient en propre, ce qui lui a été suggéré, il est affranchi de tout travail d'analyse, et sa mémoire, entrant seule en jeu, lui permet de reproduire sans variantes un thème qu'il a retenu ; mais c'est précisément par cette répétition monotone que l'enfant se laisse juger. Quand le médecin expert, après plusieurs visites, retrouve les mêmes termes, les mêmes détails, lorsqu'il suffit de la mise en train pour entendre se dérouler dans leur immuable succession les faits les plus graves, il peut être sûr que l'enfant n'a pas dit la vérité et qu'il substitue, à son insu, des données acquises, à la manifestation sincère d'événements auxquels il aurait pu prendre part.

J'ai dit que ces états avaient des analogues : M. le professeur Charcot, qui ouvre avec une inoubliable bienveillance son service de la Salpêtrière à qui veut s'instruire, nous montrait, il y a quelques semaines, une jeune hystérique qui, pendant une période d'hypnose, avait été convaincue qu'une somme de 50 fr. avait été mise à sa disposition par un des assistants ; elle en avait donné reçu, et elle avait vécu avec cette idée. Un jour qu'elle était à l'état de veille, on lui demanda où et comment elle s'était procuré un objet de toilette dont elle se parait avec coquetterie. Elle répondit qu'elle était sortie pendant une après-midi, qu'elle était allée rue de la Paix et qu'elle avait payé 12 fr. l'objet en question.

Vous avez donc de l'argent ? lui demanda M. le professeur Charcot. — Certainement, répondit-elle, vous vous rappelez bien les 50 francs que m'a donnés M. X...— Combien vous reste-t-il ? — Une trentaine de francs. — Pourriez-vous les montrer ? — Certainement, c'est la surveillante qui me les garde. » En effet, la surveillante avait en dépôt 35 fr. appartenant à la malade, et dont l'origine était toute autre que celle qu'elle leur assignait, ils lui venaient de sa famille. A l'analyse que trouve-t-on ? Une suggestion passée dans le domaine des faits acquis, et, autour de cette suggestion, une histoire vraisemblable, mais absolument fausse ; la malade n'était pas sortie de la Salpêtrière, elle n'était pas allée rue de la Paix, elle n'y avait pas acheté ni payé l'objet de toilette, elle n'avait pas reçu 50 fr. Dans son esprit, s'entretenait une confusion, inextricable pour elle, de souvenirs qu'elle était impuissante à mettre en place, et qui, s'enchevêtrant avec un certain ordre, donnaient à son récit les apparences de la vérité.

Pour les réduire, pour distinguer le vrai du faux, il suffisait de savoir que cette fille n'était jamais sortie de l'asile, et que l'argent qui lui restait avait

été remis par sa famille. Le témoignage de la surveillance y suffisait. J'ai cité cette observation parce qu'elle me permet de conclure.

En médecine légale, si l'étude des troubles en apparence aussi complexes que ceux dont je vous ai présenté le tableau, peut arrêter quelque temps ; si de sérieuses difficultés doivent être vaincues, le médecin habitué aux recherches de ce genre, trouvera dans les enseignements de la clinique, dans une observation sévère et patiente, les éléments nécessaires pour remplir dignement son mandat et apporter à la justice la lumière qu'elle lui demande.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 avril.

Sur divers effets d'irritation de la partie antérieure du cou et, en particulier, la perte de la sensibilité et la mort subite.

M. Brown-Séquard. — A la suite de nombreuses expériences, j'ai trouvé que la section de la peau de la région cervicale antérieure dans toute son étendue, mais surtout à la ligne médiane et dans son voisinage, produit une analgésie complète dans cette zone de peau ou tout au moins dans la portion qui recouvre le larynx et la trachée.

C'est là un phénomène d'inhibition et les parties capables de produire cette analgésie peuvent être rangées dans l'ordre suivant, quant à leur degré de puissance : *a*) filets des nerfs laryngés supérieurs ; *b*) les troncs de ces nerfs et les troncs des nerfs vagues au-dessus de l'émission des nerfs laryngés supérieurs ; *c*) la trachée ; *d*) peau de la région cervicale antérieure.

Si les chirurgiens peuvent faire la trachéotomie sans douleur, dans les cas de croup et d'autres cas bien différents, ce n'est pas, comme ils le croient, uniquement parce que la sensibilité est diminuée par l'asphyxie dans la plupart de ces cas : c'est sans doute aussi et surtout, parce que le début même de l'incision de la peau produit par inhibition la diminution ou la perte de la sensibilité ou de ce qui en reste.

Le larynx, la trachée et probablement la peau qui les recouvre sont capables aussi, sous l'influence d'une irritation mécanique, de produire l'inhibition du cœur, celle de la respiration et aussi celle de toutes les activités cérébrales. Il peut donc y avoir tout d'un coup une perte complète de connaissance et une syncope cardiaque et respiratoire plus ou moins complètes. C'est ainsi qu'il faut expliquer la mort chez les individus qui ont été soumis à une pendaison insuffisante pour gêner ou empêcher le passage de l'air dans les voies respiratoires. Dans ces cas le sang passe rouge des artères dans les veines et présente ainsi un contraste absolu avec ce que nous montre la mort dans l'asphyxie franche où le sang est rapidement noir dans les artères.

TRAVAUX ORIGINAUX

Tuberculisation pulmonaire et eucalyptol

Trois observations.

La pétro-vaseline est décidément à l'ordre du jour. Les résultats que nous avons obtenus jusqu'à présent sont encourageants, quelle que soit la substance dont nous l'avons additionnée : iodoforme, eucalyptol, oxyde de fer soluble ou salicylate ; le tissu cellulaire, sauf dans la dernière observation que nous relatons, a admirablement supporté son intrusion. Nous croyons donc de notre devoir d'aider à la diffusion d'un procédé thérapeutique qui est bien loin d'être sans valeur, ainsi que semblait le faire pressentir le Dr Dujardin-Beaumetz à la Société de médecine pratique de Paris, dont nous avons l'honneur de faire partie.

1re. Observation.

Madame R*** est une jeune femme de trente-cinq ans. Elle habite Brette, village humide, bâti sur les bords de la Devise, cours d'eau dont les méandres forment un petit delta marécageux. C'est une paysanne aisée, grande, mais proportionnée, à poitrine large et bien musclée. Voilà deux mois qu'elle tousse et maigrit. La toux a été coupée, à deux ou trois reprises, de crachats sanglants. L'appétit a disparu. Il n'y a ni fièvre, ni diarrhée. On constate toutefois un peu de moiteur au cou et aux mains au moment du réveil. Le poids du corps a certainement diminué de vingt livres. Les parents inquiets me font appeler. Les sommets sont sains en avant et en arrière. Entre le bord spinal de l'omoplate du côté gauche, vers l'angle inférieur — et seulement dans cette région — dans l'étendue de quatre centimètres carrés environ, l'oreille perçoit une bouffée de râles sous-crépitants absolument localisés. La percussion y révèle de la submatité. Mais on n'entend pas de souffle. L'auscultation donne des signes négatifs dans le reste du poumon gauche. Le poumon droit est indemne. Nous prescrivons au repas : granules de quassine et de strychnine, 2 milligrammes, pour amplifier l'appétit ou le rappeler, adjuvant nécessaire de l'alimentation forcée. Poudre de viande, 6 cuillerées à bouche par jour dans du lait ; purée de lentilles et de pois, etc. Les hypophosphites de chaux et de soude, les arsenicaux, les préparations de noyer, l'huile de foie de morue, en alternance suivant notre méthode d'assolement. Les pointes de feu, les vésicatoires, la teinture d'iode se partagent l'assolement externe.

Un mois après le début de cette thérapeutique active, la toux a considérablement diminué, la malade a repris cinq livres, sa figure s'est recolorée, l'œil est vif et heureux, mais les signes stéthoscopiques sont permanents quoique affaiblis. Des inhalations ont été mises en œuvre concurremment. C'est à ce moment que nous abordons les injections sous-cutanées d'eucalyptol composées, ainsi formulées : Pétrovaseline officinale 15 gr., eucalyptol épuré 5 gr., iodoforme 0,05 centigr.

Quinze jours après l'usage quotidien de ces injections (1 gr. d'eucalyptol en 24 heures), les craquements humides de la gangue granuleuse ne se reproduisaient plus que par la provocation de la toux. Un mois après, la toux même était impuissante à les rappeler. La submatité n'était plus perceptible. On observait en même temps la reconstitution vigoureuse de la malade, la fraîcheur de la peau, l'expression heureuse du regard, la disparition totale et définitive de la toux, en un mot, la santé exubérante, amenée par l'heureuse combinaison de tous les moyens curateurs que nous avions mis en œuvre. Au moment même où nous écrivons (quatre mois du début), ce brillant résultat ne s'est pas démenti.

2e Observation.

Le sujet de cette observation est la jeune femme d'un instituteur. C'est une brune de vingt-cinq ans,

aux lèvres épaisses, à carnation riche, à l'œil noir et plein de vie. Le thorax est admirablement conformé. Aucun signe extérieur de phthisie; les ongles cependant sont légèrement incurvés. Elle tousse depuis dix-huit mois et depuis cette époque a subi des traitements variés. Le sommet droit est seul atteint à la partie postérieure. Des râles sous-crépitants abondants éclatent sous l'oreille et accusent nettement le travail tuberculeux. Nous la soumettons au traitement usuel; les râles persistent malgré l'amélioration de l'état général. Il n'y a ni fièvre, ni sueurs ni diarrhée. Nous sommes en présence de la forme torpide. — Devant cette résistance passive de la gangue pulmonaire, nous faisons intervenir les injections d'eucalyptus iodoformé. Sous leur influence les râles disparaissent insensiblement, la toux s'éloigne sans s'effacer complètement. Un mois après le début des injections, l'auscultation était devenue presque négative et nous nous félicitions déjà du résultat quand une imprudence de la malade (sorties réitérées par un temps humide et froid) menace de tout compromettre. Une poussée de bronchite s'est faite dans le poumon droit; des râles humides abondants, sans atteindre toutefois au gargouillement, éclatent de nouveau sous l'oreille et viennent nécessiter à nouveau une application ignée. Nous allons aborder derechef les injections eucalyptiques et continuer l'assolement et nous espérons bien réprimer cette nouvelle poussée congestive. Nous n'avons donc ici à signaler qu'un résultat temporaire qui cependant a son intérêt.

3e *Observation.*

Cette troisième observation devrait peut-être s'intituler: « les méfaits de l'eucalyptus ». Autour de l'amélioration obtenue dans l'état du parenchyme pulmonaire (départ des râles sous-crépitants) sont venues évoluer deux lésions, connexes ou coïncidentes, dont l'une surtout, rapprochée de la formation d'un abcès dans le tissu cellulaire de l'avant-bras et d'un frisson, a pendant quarante-huit heures suspendu notre appréciation clinique et mis singulièrement à l'épreuve notre placidité médicale. Voici le fait:

C*** est un jeune soldat, âgé de 24 ans environ, qui nous arrive du régiment, porteur d'une bronchite chronique de la base du poumon droit. La toux persévérante datant de deux mois, la localisation de râles abondants dans un seul poumon et dans un siège, toujours le même, l'amaigrissement, l'incurvation legère des ongles, l'expectoration abondante, sans examen des bacilles toutefois, nous firent porter immédiatement le diagnostic de bronchite granuleuse. Même traitement que ci-dessus, vésicatoires répétés, cautérisations ignées, hypophosphites, etc., enfin injections eucalyptiques iodoformées.

Au bout de quinze jours de ce traitement persévérant, la situation s'était considérablement améliorée.

La matité du parenchyme avait disparu presque en totalité. Les râles étaient bien moins abondants, la toux beaucoup moins active, lorsque brusquement les injections sous-cutanées cessent d'être tolérées par le tissu cellulaire; la fièvre s'allume, les crachats deviennent sanglants, une collection purulente se forme dans l'avant-bras au niveau de la dernière injection — la douzième depuis le début; — un frisson s'annonce et simultanément une douleur localisée dans le creux poplité gauche, intolérable à la pression. Je songe à une phlébite possible, et, qui sait? peut-être à une infection purulente légitimée par la suppuration de l'avant-bras. Le thermomètre, toutefois, ne dépasse pas 39°; il n'y a ni rougeur sur le trajet des veines, ni traînées angioleucites, ni manifestations érysipélateuses. Le lendemain, second frisson et ouverture de l'abcès par le bistouri. Pus crémeux, odorant et sentant à plein nez l'eucalyptol. Le troisième jour les articulations du cou-de-pied et du genou gauche se prennent. La situation devient menaçante. La fièvre toutefois, et c'est le seul espoir qui nous reste, oscille entre 38° et demi et 39. Elle n'atteint ni 40, ni 41.

Le quatrième jour nous nous rassurons; toutes les jointures sont presque envahies. Nous avons décidément affaire à un rhumatisme articulaire concomitant. La multiplicité des articulations prises, l'absence des localisations connexes (phlébite, érysipèle infectieux), l'insignifiance des écarts thermométriques du matin au soir, nous fixent absolument sur la singulière apparition du phénomène pathologique.

Au bout de douze jours de traitement par le salicylate de soude, le rhumatisme était réprimé, la fièvre éteinte.

Les lésions du côté du poumon ne s'affirmaient plus que par une toux moins fréquente et par l'existence de râles discrets. Nous espérons, avec l'alimentation forcée, les nervins, l'huile de foie de morue, les arsenicaux et les phosphates alternants, les pointes de feu intercurrentes, arriver à une réduction totale, en apparence du moins, pour un temps plus ou moins prolongé, des accidents tuberculeux.

Et maintenant de quelle nature est ce rhumatisme intercurrent? Le malade, nous devons le reconnaître, a été atteint autrefois de rhumatismes musculaires. C'est donc un diathésique. Aussi n'hésitons-nous pas à considérer ici l'eucalyptol comme le revivificateur de cet état général. Nous avons ici trois faits connexes: l'irritation du tissu cellulaire terminée par abcédation, *l'irritation des bronches amenant* l'hémoptysie, et enfin l'irritation des jointures faisant naître le rhumatisme articulaire. L'eucalyptol peut donc être considéré comme le fauteur de cette triple modalité pathologique, et son action peut être assimilée à celle du virus blennorrhagique chez un arthritique. Nous croyons donc qu'il faudra être sobre de l'emploi de cet agent dans la forme éréthique de la granulose et ne pas s'effrayer si chez un arthritique on voit les jointures donner avec ensemble à la suite d'une poussée purulente sous-cutanée.

Dr Reignier (de Surgères).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Caisse des pensions.

Quelques reflexions au sujet du projet de caisse de pensions de retraite présenté par le Dr Trolard, d'Alger (1).

M. le Dr Trolard, président de la Société locale du département d'Alger, a, dans la séance du 3 juillet 1886, présenté à ses collègues un « Projet de caisse de pensions de retraite pour les membres de l'Association des médecins de France. » Ce projet, adopté après quelques modifications par nos confrères d'Alger, a été adressé à toutes les Sociétés locales avec demande de le mettre en discussion.

Le comité directeur de la Caisse des pensions, qui est dans son troisième exercice, ne peut laisser passer sans examen cette nouvelle œuvre dont la fon-

(1) Lu au comité de la Caisse des pensions de retraite du Corps médical français.

dation ne saurait avoir pour but que de remédier aux imperfections de la caisse déjà existante. A votre secrétaire général incombe le devoir de vous présenter les observations que lui a suggérées l'étude du Projet Trolard. Vous jugerez sans doute, comme lui, que notre confrère s'est trop facilement abandonné, dans la procréation de ce Projet, à de généreuses illusions et a trop souvent oublié les règles immuables et les résultats précis de l'arithmétique.

Le Dr Trolard déclare que toutes les caisses déjà fondées en vue de donner à leurs adhérents une pension de retraite sont établies sur des bases surannées, ont un mauvais fonctionnement, et il pose en principe : « C'est un capital qu'il s'agit de remettre à « celui qui a versé son épargne dans une caisse « pendant un certain nombre d'années — ou à sa « famille quand celui-ci vient à disparaître avant le « terme fixé pour la retraite — *et ce capital ne peut « représenter que les sommes versées avec leur in« térêt et ne doit être que cela* ».

Et comme conséquence de ce principe, il établit en effet dans les statuts :

« Art. 11. — Quand le sociétaire atteint l'époque » de la retraite, il lui est remis un capital représen« tant ses versements à intérêts composés, ou une « rente perpétuelle sur l'Etat. »

« Art. 10. — Avant l'époque où sera acquis le « droit à la retraite (25 années de versements) la « situation (du sociétaire) sera liquidée sur sa seule « demande ; elle sera dans ce cas arrêtée au 1er jan« vier de l'année dans laquelle se sera produite la « demande. »

« Art. 9. — En cas de décès du chef de famille « avant l'époque fixée pour la retraite, l'intégralité « des sommes versées avec intérêts composés est « remise aux héritiers directs. »

Dans ces termes, ce n'est pas une caisse de retraites, mais, à proprement parler, une caisse d'épargne, et rien autre chose. Que l'un quelconque des adhérents place lui-même sa cotisation et chaque année successivement l'intérêt des sommes précédemment versées et l'annuité courante et il se trouvera, suivant les événements — accession à un certain âge, cessation de versement ou mort — dans l'une des trois conditions prévues par les statuts.

Chacun pourrait ainsi se créer des ressources en tout semblables à celles que lui procurerait la caisse. Il n'y a même pas à invoquer ici en faveur de l'épargne l'argument si bien fondé cependant de l'obligation de la cotisation annuelle, puisque l'on peut cesser ses versements et liquider sa situation sur simple demande.

Les avantages promis par le Dr Trolard aux adhérents de sa caisse de retraite ne résultent pas, en effet, de l'organisation même de cette caisse, mais proviennent du mode de placement des fonds. Grâce à des combinaisons que nous allons étudier, le Dr Trolard pense pouvoir remplir ses obligations envers ses assurés en leur attribuant dans les cas prévus par les articles 9 et 11 un intérêt de 4,50 % au moins et pour ceux qui auront fait vingt-cinq versements annuels (art. 107) c'est-à-dire qui arriveront à la retraite de droit, un intérêt qui sera au moins de 4,50 %, mais très probablement de 7 % et pourra s'élever à 10 %.

Voyons maintenant quelles combinaisons financières va adopter le promoteur du projet pour remplir ces mirifiques promesses bien faites pour tenter d'autres capitalistes que les médecins habitués à ne retirer de leurs modestes économies que de bien maigres revenus.

« Les versements, dit le Dr Trolard, seront d'abord « placés à 4,50 % ; c'est un placement normal et facile « à trouver. »

« Il y a ensuite à prévoir les bonis provenant des « participants mourant sans laisser d'héritiers di« rects ; il est certain que cet abandon rendra dispo« nible au moins une somme de 0,50 %. »

« Enfin, la caisse générale de l'Association inter« viendrait pour un apport de 2,50 %. »

« En dernier lieu, ajoute le Dr Trolard, la bienveil« lante générosité qui a presque seule suffi à cons« tituer la caisse des pensions viagères (de l'Asso« ciation générale) se retrouverait à propos d'une « caisse de pensions de droit. En les évaluant, nous « élevons encore le taux de 2 %. Dans ma convic« tion, nous arriverons à 10 % ; mais contentons « nous de 7 %. »

Tous les passages que je viens de citer sont textuellement pris dans le travail du Dr Trolard ; j'en ai seulement enlevé les chiffres appliqués à un cas particulier pris comme exemple pour détacher plus nettement chaque proposition.

Le grand avantage de la nouvelle caisse serait donc dans le mode de placement des fonds devant produire un revenu de 7 % au moins et, sous peu, de 10 %.

Examinons successivement chacune de ces sources de revenu que, nouveau Moïse, notre collègue fait jaillir à nos yeux étonnés devant nos coffres béants.

1° Placement des versements à 4,50 %. Je déclare, et l'expérience de notre trésorier et des délégués du comité ne laisse aucun doute à ce sujet, qu'il est impossible actuellement de placer son argent à 4,50 %, du moins en valeurs dites de tout repos ; nous obtenons bien juste 4 %. Un intérêt plus considérable ne s'obtient que dans des conditions plus ou moins aléatoires absolument incompatibles avec le fonctionnement d'une caisse de prévoyance.

2° Boni de 0,50 % provenant des déchéances. — J'admets que ce chiffre soit celui qui résulte des comptes d'une société prospère, mais qui nous dit que nos morts sans héritiers seront dans la même proportion que dans un autre milieu social ? Bien rares sont parmi nous les célibataires endurcis, le mariage étant en général considéré pour le médecin comme une obligation professionnelle; bien peu meurent sans laisser d'héritiers directs.

En outre le 1/2 % s'applique aux cotisations de l'année (2,500 fr. pour 500.000 fr., exemple cité) et nous allons voir qu'il ne faut pas l'envisager comme équivalent à une augmentation de l'intérêt annuel.

3° La caisse de l'Association générale fournirait 2,50 % (soit 12,500 fr pour 500,000 fr. de cotisation annuelle, exemple cité) et 4° les donateurs généreux élèveraient encore le taux de 2 %.

Comme on voit bien que nous sommes en Algérie ! Jamais mirage plus trompeur est-il apparu aux yeux du voyageur imprudemment lancé dans le désert ? Compter comme recette ordinaire et assurée les versements dus à la générosité seule, n'est-ce pas aller au devant de déceptions cruelles, et attendre ce subside de l'Association générale n'est-ce pas doublement faire erreur ?

L'Association demeure obstinément renfermée dans son œuvre restreinte et ne cherche même pas à remplir toutes les conditions de son programme statutaire, mais regarde d'un œil soupçonneux, pour ne pas dire plus, ceux qui osent autour d'elle réclamer ou fonder quelque œuvre nouvelle de solidarité confraternelle.

Savez-vous, mon cher confrère, ce que l'Associa-

tion générale nous a donné ? Rien ! En revanche, elle nous a pris quelque chose. — Quoi donc ? direz-vous. — Oh ! je ne veux pas insinuer qu'elle ait dévalisé notre trésorier ; non, mais elle nous a pris notre titre et, depuis que nous existons, ces *Pensions viagères d'assistance* que distribuait l'Association générale sont devenues des *Pensions de retraite*.

« Que demandent donc ces confrères turbulents avec leur droit à la retraite? Mais l'Association générale en donne des retraites, cher Monsieur, et tout le monde y a droit...... à condition de la demander et de publier *urbi* et *orbi* qu'on est misérable, accablé d'infirmités ou doté d'une famille d'ingrats.»

Voilà pour le côté moral ; quant au côté matériel, M. Trolard commet une grosse erreur de calcul, quand il pense qu'avec 0,50 de déchéance, 2,50 de l'Association et 2 fr. ou 2,50 de dons par tête d'adhérent, il augmentera de 5 ou de 5,50 0/0 le taux de ses placements.

En effet, les 5 francs ainsi obtenus ne variant pas, tandis que le capital appartenant à chaque associé augmente d'année en année, ces 5 francs correspondent à un accroissement d'intérêt de moins en moins considérable, et, pour remplir les conditions que croit réaliser M. Trolard, il faudrait une participation chaque année plus importante de l'Association et des donateurs. Le taux de cette participation s'accroît si rapidement qu'elle devient bientôt impossible.

Prenons un exemple. Un adhérent verse la première année 100 fr. On place à 4,50 0/0, puis on obtient 0,50 de déchéance, 2,50 de l'Association, 2 fr. ou 2,50 des donateurs (prenons ce dernier chiffre pour calculer sur le taux qu'espère atteindre le Dr Trolard et aussi pour faciliter les calculs) et au total nous plaçons en effet, comme le dit notre confrère, l'argent de l'adhérent à 10 0/0.

Mais passons à la seconde année : l'adhérent possède 110 fr. de capital, il verse 100 fr., soit 210 fr., qu'il faut placer à 10 0/0, soit 21 fr. d'intérêts à obtenir. Nous plaçons d'abord à 4.50 0/0, cela fait 9,45, reste 11 fr. 55 qu'il faut demander aux mêmes subventions que ci-dessus, soit, en calculant sur les mêmes proportions, 1,05 aux déchéances, 5,25 à l'Association et 5,25 aux donateurs.

La troisième année, l'adhérent a 231 fr. de capital, plus 100 fr. de cotisation, soit 331 fr. à placer à 10 0/0. Placé à 4 fr. 50, on obtient 13,99, soit 14 fr. en chiffres ronds, mais on a 33,10 — 14 = 29,10 à demander aux ressources extraordinaires. On voit la proportion et on s'imagine aisément ce qu'elle devient la vingt-cinquième année alors que le capital accumulé jusque-là s'élève à 9,520 francs. C'est alors par centaines de francs que devrait intervenir l'Association pour chaque adhérent et avec elle les donateurs. Qu'en pense M. Brun, le trésorier de l'Association générale ?

N'avais-je pas raison de dire, en commençant, que le projet de M. le Dr Trolard n'était qu'une généreuse illusion ? Je suis persuadé que l'honorable président de l'Association locale du département d'Alger reconnaîtra son erreur et voudra bien reporter sur l'étude et le perfectionnement de notre œuvre toute l'activité de son esprit sagace et de son dévouement confraternel.

LANDE.

Médecine Navale.

Désireux avant tout d'informer exactement nos confrères marins et civils, nous nous empressons d'accueillir la protestation suivante du Dr Basnier qui éclaire contradictoirement la question :

« Le n° du 26 mars 1887 du *Concours médical* contient, en tête, un article d'informations sur les réformes du service de santé de la marine.

Cet article relate un bruit accrédité par la *Semaine médicale* et qui tendrait à faire croire que les retraites anticipées et les démissions ont été plus nombreuses que jamais depuis l'application du décret de l'amiral *Aube*. C'est dire, en d'autres termes, que le système actuel d'organisation de la *médecine navale* est mauvais, puisque les intéressés eux-mêmes le prouvent par leurs démissions et leurs retraites nombreuses, et qu'il faut revenir à l'ancien état des choses.

Il importe de rétablir la vérité, afin de ne pas nuire au corps si intéressant des médecins naviguants de la marine.

Cette vérité, la voici :

Le système nouveau, inauguré par l'amiral *Aube*, a eu pour effet essentiel de permettre aux médecins de 1re classe (capitaines) d'arriver au grade supérieur (chef de bataillon) à 12 ans de grade (en moyenne) alors que l'ancien système ne leur permettait d'espérer cette récompense qu'après 17 ans de grade. — Je dirai même que c'est sous l'empire de cette difficulté d'avancement de l'ancien système que la plupart d'entre nous ont demandé primitivement leur retraite. C'est donc à ce dernier système seul et à nul autre qu'il faut imputer un certain nombre de retraites liquidées dans ces derniers temps, parce qu'en réalité elles avaient été demandées avant l'apparition du décret Aube.

D'autre part, un certain nombre de médecins ont quitté le service dans le cours de la précédente année parce qu'ils ont trouvé des situations avantageuses dans la vie civile. Pour ne citer que deux exemples très probants, MM. *Olmeta* et *Bonvin*, médecins de 1re classe, ont pris leur retraite le jour où ils y ont eu droit, tout simplement parce qu'ils avaient en vue des situations importantes dans l'industrie ou ailleurs. Ce jour n'est échu que depuis l'application de l'organisation Aube ; mais tous les médecins de la marine savent que ces deux confrères avaient, depuis plusieurs années, annoncé formellement leur intention de quitter le service le jour même où le terme de leurs 25 ans réglementaires de service serait arrivé.

Un autre avantage du décret Aube a été d'établir qu'il n'y aurait plus désormais qu'une seule classe de médecins de la marine, celle des médecins de la marine payant tous et toujours de leurs personnes, en France, aux colonies, sur les navires.

On peut modifier tout ce qu'on voudra dans l'organisation actuelle, qui est perfectible comme toute chose ; mais ce qu'il faut soigneusement conserver, c'est la fusion désormais effectuée des médecins navigants et des médecins enseignants ; il serait déplorable qu'on revînt à la restauration du corps hybride ancien qui se composait de deux fractions:

1° Une fraction minime, toute composée d'officiers supérieurs, considérée comme la plus capable, cependant dispensée de prendre part aux dangers des épidémies et des guerres lointaines, et s'éternisant en France dans les loisirs du foyer et de la clientèle civile.

2° Une autre fraction, la masse, considérée jusqu'ici comme très suffisamment récompensée par les dangers qu'elle courait en exposant sa vie sur mer, dans les colonies, dans les combats, sans qu'elle eût à avoir grand cure d'arriver au grade supérieur, ce modeste grade tant envié parce qu'il

nous permettait d'espérer, pour nos vieux jours, une pension de retraite convenable, si tant est que les maladies tropicales et les fatigues du service à la mer aient laissé arriver beaucoup d'entre nous à ce but tant souhaité.

N'aurait-il réalisé que cette amélioration, la fusion, le décret Aube serait une bonne chose. Vouloir le supprimer en entier, c'est tenter une œuvre funeste de réaction contre laquelle protestent tous les médecins naviguants de la marine, je me permets de le dire en leur nom, puisque les règlements militaires et la discipline s'opposent à ce qu'ils le fassent eux-mêmes.

Dr C. BARNIER,
Médecin principal de la marine en retraite.

BULLETIN DES SYNDICATS ET DE L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Appel aux syndicats.

Il existe dans la vie des sociétés, comme dans la vie des individus, des périodes où le repos et le calme s'établissent et succèdent fatalement aux agitations qui les ont précédés Puis bientôt on s'aperçoit, avec une sorte d'étonnement, de cette inaction non voulue et le mouvement recommence ; une nouvelle ère de travail est ouverte.

C'est ainsi que l'agitation qui s'était manifestée, de toutes parts, au sein du corps médical, lors de la création des syndicats, a paru en certains points se ralentir. L'ardeur toute juvénile qui avait présidé à la formation de quelques-uns d'entre eux s'est un peu calmée. Ils font moins de bruit qu'aux premiers jours. Les clairons et les trompettes guerrières retentissent moins vivement.

Il n'en faudrait pas conclure que les syndicats sommeillent; nous avons à enregistrer des preuves de leur vigilance et de leur vitalité.

Il est opportun de citer la récente création d'un nouveau syndicat médical dans l'un des arrondissements de Paris où on avait dit et répété (Pourquoi ? je l'ignore) que les syndicats étaient impossibles, — la fondation de l'Union des syndicats de Seine-et-Oise ; — et l'adhésion du syndicat de Pontoise à l'UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE.

Au moment même où nous allons mettre à la poste le présent article, nous avons la satisfaction d'enregistrer l'adhésion du syndicat de la Vienne à l'*Union des syndicats médicaux de France*.

Sans doute, il y a eu quelques déceptions ; mais pouvait-il en être autrement? Combien parmi les syndiqués de la première heure avaient espéré trouver, dans cette nouvelle forme d'association, un instrument destiné à satisfaire des aspirations peu en harmonie avec les sentiments dominants du corps médical ! Combien d'incompris avaient compté sur les syndicats pour se faire une notoriété et arriver à une situation éminente ! Pour ceux-là les illusions se sont bien vite dissipées, les espérances se sont évanouies sans retour !

Il n'est pas étonnant que, de leur part, il y ait eu des récriminations violentes. Ils ont crié bien haut que les syndicats ne faisaient rien pour eux ; — que leur caisse restait obstinément vide ; — que le voisin était toujours injustement le favori de la clientèle et de la fortune ; — que le rebouteur d'à côté et le charlatan d'en face faisaient mieux leurs affaires que le médecin honnête et consciencieux ; — que la magistrature et les parquets continuent à fermer les yeux et s'obstinent à ne point appliquer les lois bien anodines destinées à nous protéger? Que sais-je encore ? Puis, petit à petit, ils ont désappris la route qui conduisait aux réunions et ils se sont retirés sous leur tente.

Nous avons eu des syndicats où le nombre des adhérents s'est réduit, ce fait était prévu d'avance et nous n'avons éprouvé aucune surprise à le constater. Il s'est fait là une élimination toute naturelle, une véritable sélection. Ceux qui sont partis, n'étaient pas mûrs pour former une société de défense professionnelle. Ils reviendront plus tard lorsque l'isolement auquel ils se condamnent volontairement leur aura rendu l'existence un peu plus pénible. Car, il faut bien le reconnaître, un des avantages des syndicats, — et ce n'est pas le moindre — est de créer des relations agréables entre gens qui peuvent se comprendre ; de mettre en commun espérances et soucis ; de cimenter l'union des membres épars de notre grande famille. Ce sont là des résultats moraux qui ne sont point à dédaigner, et souvent j'ai entendu des confrères, sortant d'une réunion d'autant plus intime qu'elle était moins nombreuse, s'écrier : « Quelle bonne journée, j'ai passée ! » et ce cri était sincère ; on peut dire qu'il partait du cœur.

Les doléances des incompris, les récriminations des mécontents ont été entendues du public médical et extra-médical, et, parce que quelques déserteurs ont abandonné leur poste, on a cru à une déroute ! on a prophétisé la disparition plus ou moins prochaine des syndicats.

Qu'on se rassure. Les syndicats sont doués d'une vitalité qui leur permettra de subir victorieusement toutes les épreuves : ils ont résisté à l'arrêt de la cour de cassation, et la condamnation à mort qui a été prononcée contre eux a eu l'étrange résultat d'en augmenter le nombre. La faveur dont un grand nombre de ces sociétés jouissent près des autorités nous est un garant de leurs succès à venir.

Il y a quinze jours, nous assistions à la réunion de l'Association des médecins de la Gironde. Notre sympathique et distingué confrère, M. le Dr Rousseau Saint-Philippe, secrétaire général, nous a fait entendre — comme toujours — un rapport remarquable au point de vue de la forme, comme au point de vue du fond. L'honorable secrétaire s'est plaint, tout doucement, de l'inertie, du manque d'initiative, de l'indifférence, disons le mot, de la plupart des sociétés locales. Nous ne pouvons résister au plaisir de citer le passage suivant :

« Nous ne pouvons pas ne pas remarquer, dit M. « R. Saint-Philippe, nous qui nous donnons quelque « mal, qu'il règne dans la plupart des sociétés loca- « les une sorte d'indifférence et de marasme, qui « n'est vraiment pas à l'honneur d'hommes si par- « faitement capables de penser et d'agir autrement. « Non seulement elles ne soulèvent aucun débat, « mais il arrive même à quelques-unes d'entre elles « de négliger de répondre aux questions qu'on leur « adresse..... Serait-ce que la faveur est passé aux « Syndicats, qu'on croit mieux en mesure que l'As- « sociation de ramener l'âge d'or ? Pas même cela. « Je le disais doucement dans notre dernière réunion « et je le répète cette année : déjà des symptômes de

« lassitude et de sommeil se sont montrés par là, « aussi, et je tiens de quelques-uns de ceux qui ad- « ministrent ces sociétés nouvelles (qui vivent par- « faitement, malgré la mort civile dont on a pré- « tendu les frapper) qu'on a bien de la peine à obte- « nir des adhérents cette assiduité aux séances qui « est l'encouragement des bureaux. Pourquoi tant « d'inconséquence? Pourquoi crier à tue-tête qu'on « est victime, qu'il faut se révolter contre la main « de l'oppresseur, qu'il est temps de briser ses fers « — que sais-je encore ? — si c'est pour se dérober « doucement, comme dit un plaisant proverbe, quand « le moment de se montrer est venu ! »

Nous nous plaignons, en effet, bien volontiers de tout et de tous, et, lorsqu'il s'agit de payer de sa personne pour sortir d'une situation qu'on trouve détestable, chacun veut éviter la peine ou les responsabilités.

Les Français — on l'a dit bien souvent — sont le plus inconséquent de tous les peuples. Nous pourrions dire que les médecins sont les plus inconséquents de tous les hommes. Nous avons à nous plaindre de certains errements et nous ne voulons rien tenter pour les modifier ; nous souhaitons des améliorations et nous ne nous donnons la peine ni de les étudier, ni de les indiquer. Nous laissons à d'autres le soin de nos intérêts, et nous nous plaignons de les voir mal administrés ! Etrange aberration, en vérité ! Ne serions-nous donc ingouvernables que pour vouloir trop être gouvernés ? Peut-être.

En ce qui concerne le corps médical, nous voulons espérer, nous persistons à croire que nous traversons une de ces périodes de calme et de recueillement dont nous parlions au début de cet article. Ni les syndicats, ni l'Association ne sont délaissés. Ils se recueillent pour de nouveaux labeurs.

Il ne faut point compter, du reste, sur les pressantes sollicitations des secrétaires des sociétés locales pour convaincre tous les adhérents de l'utilité d'assister aux séances. Il ne faut pas davantage espérer que les amendes infligées aux absents détermineront tous les membres des syndicats à se rendre aux assemblées. Il faut toujours faire une part, une très large part, aux impossibilités, même à celles qu'on n'ose pas avouer, et se montrer très indulgent. Mais il me semble qu'il y aurait un moyen de stimuler le zèle de nos sociétaires. Il s'agirait de faire un choix judicieux de questions professionnelles à mettre à l'étude pour chaque séance. Ce qu'on reproche, en effet, à un grand nombre de réunions, c'est le manque d'attrait ou d'attractions comme on voudra. Les petites affaires purement locales, purement personnelles, ne sauraient suffire à rendre intéressante une séance de plusieurs heures.

Combien il en serait autrement si, ces affaires intimes reglées, on avait à se prononcer sur une de ces questions qui intéressent, au plus haut degré, la corporation tout entière ! Les travaux et les discussions, publiés régulièrement, formeraient un ensemble de documents d'une valeur immense où viendraient puiser les réformateurs de l'avenir. Les aspirations du corps médical des campagnes se feraient jour et arriveraient certainement à modifier bien des opinions erronées qui sont aujourd'hui monnaie courante. Alors nous aurions raison de récriminer, si les pouvoirs publics, enfin éclairés par les vrais intéressés, persistaient à fermer les yeux et à faire la sourde oreille. Où peut-on aujourd'hui puiser des renseignements sur une foule de points où les intérêts des médecins de campagne sont plus particulièrement mis en jeu? Nulle part.

— Qui est appelé à les fournir ? Des personnages assurément animés des meilleures intentions, mais qui n'ont aucune idée exacte de la pratique de la médecine en dehors des grandes cités. — Aussi n'est-il pas surprenant de constater l'abandon dans lequel nous restons. Mais, encore une fois, c'est notre faute, et, si nous avons à nous plaindre, c'est surtout de nous-mêmes !

Le moment est favorable, du reste, pour nous mettre à l'œuvre. Que dis-je ? il y a urgence absolue ! Voyez le projet de loi déposé à la Chambre sur l'exercice de la pharmacie ! Voyez l'article 9 de ce projet, et dites-moi si, avec cet article voté, il est un seul médecin qui, dans une petite localité, pût continuer à vivre ! Et pendant que nos voisins s'agitent fiévreusement, nous continuerions à nous laisser aller au flot des événements et à dormir d'un paisible sommeil. Prenons-y garde, au réveil nous n'aurions plus qu'à constater la déchéance de notre profession !

Il n'en sera pas ainsi ; notre appel ne saurait manquer d'être entendu.

Dr Ad. Barat-Dulaurier,
ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

Syndicat médical de l'Arrondissement de Pontoise *(suite)*.

Tarif minimum, obligatoire pour les médecins de l'Arrondissement de Pontoise, membres du Syndicat.

1° VISITES.

A : Au lieu de résidence du médecin :

A : Visite de jour : ouvriers.................. 2 fr.
Commerçants, fonctionnaires.............. 3 fr.
Rentiers, industriels, clientèle d'été...... 5 fr.

B : Visite de nuit.................... 6 et 10 fr.

C : Visite d'urgence ou à heure fixe, le double de la visite ordinaire.

D : Consultation dans le cabinet du médecin, même prix que la visite.

E : Consultation avec un confrère de la localité ou voisin : honoraires du médecin traitant.............................. 10 et 20 fr.

F : Consultation avec un confrère de Paris ou éloigné : honoraires du médecin traitant.............................. 20 fr.

Le confrère appelé doit être réglé immédiatement de ses honoraires.

G : Nuit passée auprès d'un malade...... 50 à 100 fr.

B : En dehors du lieu de la résidence :

A : En dehors de leur résidence, les médecins syndiqués devront faire tous leurs efforts pour appliquer le tarif dit kilométrique, à raison de 1 fr. par kilomètre parcouru le jour et 2 francs la nuit.

B : Les médecins exerçant dans la même région et visitant les mêmes communes, sont invités à se mettre d'accord sur un prix uniforme se rapprochant le plus du tarif kilométrique.

C : Tout médecin appelé en visite dans la localité où habite un confrère, devra réclamer des honoraires plus élevés que ceux du médecin résidant.

2° CERTIFICAT.

Décès.......... même prix que la visite

Vaccin, nourrices.......................... 3 fr.

Rixes (payé comptant).................. 5 et 10 fr.

Certificats pouvant amener une action civile (accidents graves, mutilation, aliénation mentale)...................... 5 et 20 fr.

3° PETITE CHIRURIGE.

Injections hypodermiques.......... 3 et 5 fr.
Pansements.......................... 3 et 10 fr.
Vaccination.......................... 3 et 10 fr.
Abcès................................. 5 et 10 fr.
Pointes de feu....................... 5 et 10 fr.
Spéculum.................................. 5 fr.
Cathétérisme.............................. 5 fr.

4° GRANDE CHIRURGIE.

Hernies, Taxis......................... 10 et 25 fr.
Arrachement des polypes du nez.......... 30 fr.
Ongle incarné.............................. 50 fr.
Ablation des amygdales.................... 50 fr.
Phimosies etc., etc........................ 50 fr.

	Ouvriers, Domestiques.	Commerçants, Fonctionnaires.	Rentiers, Industriels, Clientèle d'été, Propriétaires, Négociants, Fermiers.
	—	—	—
Luxations simples :			
Mâchoire	30	60	100
Épaule	40	100	200
Coude	40	100	200
Hanche	60	150	300
Fractures simples :			
Côtes	25	50	100
Radius, Péroné, Clavicule	50	100	200
Bras et avant-bras	60	150	300
Jambe	100	200	400
Cuisse	150	300	500
Pour les fractures compliquées de plaies, les pansements et les visites sont en plus.			
Opération d'hydrocèle	50	100	200
Thoracentèse	50	100	200
Empyème	150	250	500
Ponction abdominale	30	60	
Trachéotomie	150	250	500
Kélotomie	150	300	500
Fistule à l'anus	100	150	300
Fissure à l'anus	100	150	300
Amputation du sein	150	200	400
Accouchement simple	60	150	
En plus où si le médecin est appelé par une Sage-femme.			
Accouchement au forceps	60	200	
Accouchement et version	60	200	
Amputations :			
Membre supérieur	150	200	500
Jambe	150	200	500
Cuisse	200	300	600
Désarticulation	50	100	

Ont adhéré et signé, les médecins dont les noms suivent :

MM. les Docteurs Paret (Pontoise), Nicolas (Pontoise), Castagnéda (Pontoise), Bruel (Louvres), Michaud (Gonesse), Fittère (Roissy), Galvani (Sarcelles), Gros (Ecouen), Pomme de Mirimonde (Domont), Prieur (Taverny), Millet (Montmorency), Legendre (Montmorency), Piédallu (Le Raincy), Abbadie (L'Isle-Adam), Hourlier (Montlignon), Mey (Beaumont), Lecoq (Neuilly-sur-Marne), Barbier (Luzarches) Maymou (Montfermeil), Guillochin (Mitry-Mory).

Groupe d'Argenteuil.

MM. les Docteurs Reculez (Saint-Leu), Biron Argenteuil), Tachard (Colombes), Verdié (Cormeilles), Lécuyer (Montesson), Testelin (Argenteuil), Lemaire (Herblay).

Vu et approuvé ; Le Président, Leroy ; *Le Vice-Président,* Bibard ; *Le Secrétaire,* Rousseau.

NOTA. — Les tarifs ci-dessus établis par l'association, n'obligeront pas d'une façon absolue les médecins syndiqués à les appliquer dans tous les cas.

Lorsque les médecins exerçant dans une même région se mettront d'accord pour apporter des modifications à ces tarifs, il leur sera toujours loisible de le faire.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Pfihl, à la Martinique, présenté par le docteur Jacq, de Guipavas (Finistère).

M. le Dr Garcia, à Méréville (Seine-et-Oise), présenté par le docteur Naïs, de Sermaize (Loiret).

NOUVELLES

— Le ministre de l'intérieur vient de prendre l'arrêté ci-dessous, réglant le concours pour les emplois de médecin des bureaux de bienfaisance de la ville de Paris :

Article premier. — Le concours pour les emplois de médecin des bureaux de bienfaisance est réglé ainsi qu'il suit :

1° Une épreuve de diagnostic suivie d'une ordonnance écrite en formule.

Les malades seront choisis par les juges avant la séance et tirés au sort par les candidats à mesure qu'ils seront appelés à subir les épreuves.

Il sera donné au candidat dix minutes pour l'examen des malades ; cinq minutes pour l'exposition orale du diagnostic et dix minutes pour la rédaction de l'ordonnance, avec formules, laquelle rédaction sera lue à la fin de la séance. Vingt-cinq points seront donnés pour cette épreuve.

Les vingt-cinq points seront divisés en :

a) Quinze points pour le diagnostic ;

b) Dix points pour l'ordonnance.

2. Une consultation écrite sur la conduite à tenir dans un cas de pratique obstétricale (question commune à tous les candidats).

Une demi-heure sera accordée au candidat pour la rédaction de cette consultation, dont la lecture sera donnée en public.

Il sera donné quinze points pour la consultation écrite.

3. Appréciation des titres antérieurs.

Dix points seront accordés à l'appréciation des titres antérieurs.

Les épreuves seront publiques.

Il y aura un concours tous les ans, à moins de vacances exceptionnelles dans les places des médecins des bureaux de bienfaisance.

Les candidats, en s'inscrivant, indiqueront, par ordre de préférence, les arrondissements pour lesquels ils concourent.

Le jury sera composé de quatre médecins des bureaux de bienfaisance, ayant au moins dix années de fonctions et tirés au sort, et d'un délégué de l'administration centrale.

Les règles générales des concours de l'Assistance publique seront applicables à ce concours.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs de la mort du Dr *Desvignes*, d'Egleny (Yonne), membre du *Concours médical.*

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André, 3

Neuvième année **N° 17** 23 Avril 1887

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

Emploi de la créosote dans la Tuberculose pulmonaire

Vraiment, ce ne sont pas toujours des nouveautés qui nous viennent d'Outre-Rhin. M. *Fraentzel*, président de la Société de médecine interne de Berlin, vient de porter un bon témoignage en faveur de l'emploi de la créosote dans la tuberculose pulmonaire. Il reconnaît, chose rare chez ses compatriotes, que ce sont des Français, MM. Bouchard et Gimbert, qui sont les inventeurs de la méthode. M. Fraentzel l'a appliquée dans son service de la Charité à Berlin, depuis 1877, en prenant comme véhicule le sherry suivant la formule : créosote 13 gr. 5, teinture de gentiane 30, esprit de vin rectifié 250, vin de Xérès, 1000. Deux à trois cuillerées à soupe par jour dans un verre d'eau.

M. Fraentzel a obtenu de bons résultats de la créosote quand il l'a administrée à une période peu avancée de la maladie ; mais les phthisiques véritables, les tuberculeux dont la température dépasse 38.5, ceux dont les crachats contiennent une grande quantité de bacilles, ne tirent guère bénéfice de la créosote. Quand ce médicament réussit, on voit diminuer l'expectoration, augmenter l'appétit et le poids. Il y a des cas, assez rares, où la créosote est mal supportée à toutes les périodes, où elle provoque des vomissements, de l'inappétence, des douleurs gastriques, de la diarrhée. La créosote en inhalations a toujours été inefficace. Le traitement hygiénique est mis parallèlement en œuvre par Fraentzel. Séjour dans des chambres ensoleillées, dont les persiennes munies de ventilateurs sont ouvertes jour et nuit. Promenades. Frictions froides le matin. Nourriture copieuse. Huile de foie de morue pour ceux qui sont amaigris.

On voit qu'il n'y a rien de bien nouveau dans le traitement du médecin allemand.

Traitement de la tuberculose du larynx et des poumons par le menthol.

C'est encore un nouveau médicament que propose M. *Rosenberg* à la Société de médecine berlinoise. Chez 80 phthisiques atteints d'ulcérations laryngées, il a fait des applications de menthol en solution huileuse de 5 à 20 %. Il a vu diminuer promptement les douleurs et la dysphagie, la nutrition s'améliorer, les ulcérations se cicatriser. Certains de ses malades sont guéris depuis plus d'un an. M. Rosenberg attribue cet heureux résultat aux propriétés à la fois sédatives et antiseptiques du menthol, qui, s'il agit plus lentement que l'acide lactique, ne cause pas d'aussi vives douleurs. M. Rosenberg a aussi prescrit le menthol en inhalations 15 à 20 gouttes d'une solution huileuse à 20 % et par la voie gastrique dans la tuberculose au début; et il a vu plusieurs fois les bacilles disparaître des crachats.

Ce dernier résultat paraît fort contestable à M. *Fuerbringer*, qui rappelle que Fraentzel et Koch n'ont jamais, dans leurs expériences avec le menthol, constaté une diminution du nombre des bacilles. Il suffit, même in vitro, que les bacilles soient environnés d'un peu de mucus pour résister à l'action des parasiticides. A fortiori ne peut-on espérer les détruire dans la profondeur de l'appareil respiratoire.

Effets physiologiques des bains froids et des bains chauds.

D'après les expériences de M. *Quinquaud* (1), les bains très froids augmentent du double ou du triple l'absorption de l'oxygène et accroissent d'une quantité à peu près égale l'exhalation d'acide carbonique par le poumon. Cependant, si l'abaissement de la température du corps est excessif (de 28° à 22° dans le rectum), l'effet inverse se produit. Lorsqu'un chien refroidi à ce degré est sur le point de succomber, si on le plonge immédiatement dans un bain chaud à 50°, il revient rapidement à la vie.

Les bains chauds produisent des effets analogues, mais moins accentués sur les combustions et oxydations interstitielles.

Ces expériences conduisent à des applications cliniques. En voici une notamment : les bains chauds exagèrent notablement la glycémie et la glycosurie; il faudrait donc se montrer très réservé dans l'emploi de ces bains chez les diabétiques.

Nous rendrons compte dans notre prochain numéro de la séance de l'association générale et des incidents qui s'y sont produits.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 avril.

M. *H. Folet*, professeur de clinique chirurgicale à Lille, s'est assuré que la prétendue hernie du cerveau observée après certaines trépanations et connue sous le nom **d'encéphalocèle traumatique** est souvent constituée uniquement par du tissu embryonnaire, sillonné de larges vaisseaux à parois très minces, sorte de sarcome bénin très vasculaire émané des bourgeons charnus de la pie-mère.

Après une discussion assez confuse, l'Académie a voté à peu près les conclusions de la commission.

Inspectorat des eaux minérales.

1° L'inspectorat est maintenu dans ses dispositions fondamentales ;

2° Un médecin-inspecteur est attaché à toute localité comprenant un ou plusieurs établissements d'eaux minérales naturelles dont l'exploitation est reconnue comme devant donner lieu à une surveillance spéciale.

Dans le cas où les nécessités du service l'exigent, un ou plusieurs médecins peuvent être adjoints au médecin-inspecteur sous le titre d'inpecteurs-adjoints, à l'effet de remplacer le titulaire en cas d'absence, de maladie ou de tout autre empêchement majeur.

Pendant toute la durée de la saison thermale, les adjoints partagent avec les inspecteurs l'assistance médicale aux indigents.

3° L'inspection a pour objet tout ce qui, dans chaque établissement, importe à la santé publique. Les inspecteurs font, dans ce but, aux propriétaires, régisseurs ou fermiers, les propositions ou observations qu'ils jugent nécessaires ; ils portent leurs plaintes à l'autorité, et sont tenus de lui signaler les abus venus à leur connaissance.

4° Ils soignent gratuitement les indigents admis à faire usage des eaux minérales, à moins que ces malades ne soient placés dans des maisons hospitalières où il serait pourvu à leur traitement par les autorités locales.

5° Les délégués du Comité consultatif d'hygiène publique, faisant fonctions d'inspecteurs régionaux, seront chargés d'examiner les rapports administratifs envoyés à M. le ministre du commerce et de l'industrie par les médecins-inspecteurs résidants.

6° Ils visiteront tous les établissements thermaux de leur circonscription, au moins une fois par an, pendant la saison thermale.

Ils séjourneront dans chaque station aussi longtemps que cela sera nécessaire ; ils y retourneront à plusieurs reprises, s'ils le jugent utile, ou s'ils sont demandés par le médecin-inspecteur.

Ils s'assureront du bon fonctionnement de l'assistance médicale et du service balnéaire pour les indigents, ainsi que pour les malades ayant droit à la gratuité.

Ils veilleront à l'exécution des règlements intérieurs et à celle des obligations du cahier des charges ; ils porteront une attention toute spéciale sur l'hygiène de la localité.

7° Les médecins exerçant dans chaque station d'eaux minérales seront réunis une fois l'an, en *commission consultative*, de préférence vers la fin de la session thermale, à l'effet de discuter en commun les améliorations à introduire dans l'aménagement des sources, leur mode d'emploi, les installations balnéaires ou autres ; en un mot, toutes les questions de pratique médicale qui intéressent la station.

La commission consultative sera convoquée et présidée par le délégué du Comité d'hygiène chargé de l'inspection régionale.

8° Les médecins-inspecteurs et les médecins-inspecteurs-adjoints des établissements d'eaux minérales naturelles seront nommés par M. le ministre du commerce et de l'industrie, sur une liste de trois noms proposés par l'Académie de médecine, votant en séance publique, et au scrutin secret.

Si une nouvelle loi venait à être promulguée, il serait désirable qu'elle conférât à l'Académie le droit d'élire des inspecteurs au vote *uninominal*, leur élection devant être nécessairement soumise à l'approbation du ministre.

9° La limite d'âge des médecins-inspecteurs sera fixée à 65 ans. Le titre de *médecin-inspecteur-honoraire* pourra leur être accordé.

10° Les délégués chargés de remplir les fonctions d'inspecteurs régionaux seront désignés par le Comité consultatif d'hygiène et nommés par M. le ministre du commerce et de l'industrie.

---

(1) Société de Biologie (9 avril).

M. *Rembault* (de Saint-Etienne) envoie une note dans laquelle il démontre par l'examen spectroscopique du sang des victimes que les individus qui succombent après *l'explosion du grisou*, meurent non pas par simple privation d'air respirable, mais par intoxication par l'oxyde de carbone.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 18 avril.

De l'antipyrine contre la douleur

par GERMAIN SÉE.

L'antipyrine, découverte par Knorr en 1884, a pour formule $C^{11} H^{12} Az^2 O$, et pour mode d'action sur l'organisme, un pouvoir réfrigérant, rapide et passager : 1° dans les fièvres, où elle ne saurait lutter avec la quinine ; 2° dans le rhumatisme fébrile, où elle peut, jusqu'à un certain point, soutenir le parallèle avec le salicylate de soude qui agit néanmoins plus sûrement et plus vite dans les rhumatismes intenses et généralisés, ainsi que je l'ai constaté chez treize rhumatisants gravement atteints.

Mais ce n'est plus là l'intérêt véritable de la question : il importe maintenant de déterminer quels sont, outre la fièvre, les éléments morbides véritablement justiciables de l'antipyrine.

Pour résoudre le problème, il suffit d'appliquer le remède aux affections rhumatiques ou goutteuses, qui ne sont marquées que par l'arthrite douloureuse, ou mieux encore, aux états nerveux qui ne sont caractérisés que par la douleur. Or, sur quinze malades affectés de rhumatisme subaigu ou d'hydarthrose, qui avaient été traités inutilement par les pointes de feu ou par le salicylate de soude, la douleur avec l'engorgement articulaire disparurent en quelques jours, sans récidive, quand on eut le soin de continuer la médication à petite dose pendant une semaine environ.

Les mêmes effets furent observés dans les accès de goutte aiguë, greffés ou non sur la goutte chronique, avec dépôts uratiques ou tophus, et fixés sur les poignets ou les jointures des membres inférieurs ; l'antipyrine à la dose de quatre à six grammes fit cesser la douleur et le gonflement articulaire en deux à quatre jours, sans produire sur le cœur et les reins le moindre dommage.

Mais c'est surtout dans les troubles nerveux de la sensibilité que l'antipyrine produit le maximum d'action. Une première série de 14 observations relatives aux douleurs de tête, porte sur quatre cas de névralgies faciales, dont une invétérée, qui cédèrent rapidement ; six migraines anciennes et répétées, dont cinq guérirent en deux heures de temps à l'aide de deux grammes d'antipyrine ; une seule résista au traitement que la malade ne put pas supporter (voir des faits analogues récemment cités par White) ; la série se complète par deux céphalées dues à la croissance et par deux autres cas dus à une cause infectieuse.

Une deuxième série de 18 observations comprend diverses névralgies ou névrites et des douleurs musculaires, à savoir : cinq cas de sciatique (voir observations analogues publiées dans ces derniers jours par Ungar et Martins) ; une névrite grave des nerfs du bras ; deux névrites chez les diabétiques ; trois névrites dues au zona, dont deux cessèrent immédiatement (un insuccès) ; des observations de lumbago datant de deux à dix semaines ; enfin des douleurs névro-musculaires dorsales généralisées, et des fatigues musculaires douloureuses telles qu'on les observe si souvent chez les individus surmenés ou névropathiques.

A ces deux catégories d'états nerveux, il faut ajouter une grave affection du système nerveux, caractérisée par les douleurs les plus vives, les plus persistantes, et rebelles à toutes sortes de moyens thérapeutiques ; je veux parler de l'ataxie locomotrice, localisée, en tant que douleurs, par Vulpian et Charcot, dans la moelle épinière, et plus récemment, dans les nerfs périphériques.

Il y a quelques semaines, Lépine (de Lyon) avait reconnu le pouvoir de calmer ces douleurs fulgurantes à un remède antithermique récemment découvert, à savoir : l'antifibrine ou acétanilide, qui vient d'être appliquée à certains états nerveux ; c'est un moyen précieux, mais difficile à manier, parce que ce corps est insoluble, inefficace au-dessous d'un demi-gramme, dangereux au delà d'un gramme ; son action est alors souvent marquée par une grave altération du sang qui devient brun chocolat, se charge de méta-hémoglobine au lieu de l'hémoglobine naturelle, perd une partie de son oxygène et détermine une coloration livide appelée cyanose comme le dit Lépine lui-même dans un mémoire paru il y a quelques jours. En même temps il survient, chez les fiévreux surtout, un trouble profond de la circulation avec collapsus général (phénomène constaté tout récemment au congrès de Moscou).

L'antipyrine lui est supérieure de tous points ; elle produit les mêmes résultats, et calme les douleurs sans présenter le moindre danger ; j'en ai eu la preuve dans quatre cas d'ataxie ; un cinquième cas résista à l'un et à l'autre remède.

Il me reste à mentionner un dernier groupe de maladies qui, elles aussi, se présentent parfois avec des douleurs vives : je veux parler des maladies du cœur, surtout de l'aorte et des artères coronaires cardiaques qui se traduisent par des douleurs locales à la pointe ou à la base du cœur, et des irradiations dans l'épaule, le cou, le bras gauche ; ces manifestations douloureuses, souvent angoissantes, cédèrent rapidement chez six cardio-aortiques et trois anévrysmatiques sous l'influence répétée de quatre à cinq grammes d'antipyrine, laquelle a d'ailleurs le grand avantage de ne troubler en rien ni la force, ni la régularité des battements cardiaques, et peut être continuée longtemps sans aucun inconvénient.

Dans tous ces genres de maladies si diverses, que rien ne rapproche que l'élément douleur, la dose nécessaire d'antipyrine a été de 3 grammes au moins, de 6 grammes au plus, qu'on administre à une ou quatre heures d'intervalle, sous forme de solution aqueuse contenant 1 gramme par cuillerée. De cette façon, le médicament ne produit aucun effet pré-

judiciable, si ce n'est parfois des nausées, des vomissements ou des vertiges passagers ; il importe alors de fractionner la dose par demi-gramme, et de la délayer dans de l'eau glacée.

A l'aide de cette précaution, on n'observe en général aucun trouble dans les fonctions de l'organisme : la respiration reste normale, le cœur continue à battre sans que les pulsations soient augmentées ni diminuées ; la température reste la même, excepté dans la fièvre, où il se développe, avec des sueurs énormes, une réfrigération souvent dangereuse. L'inconvénient le plus sérieux qu'on observe, surtout par la prolongation du traitement ou par les doses trop élevées, consiste dans une éruption semblable à l'urticaire ou aux plaques de la scarlatine ; dès qu'on réduit la quantité, l'éruption disparaît.

Dans tous les cas, le médicament s'élimine en nature, et on peut le retrouver dans les urines filtrées, à l'aide du perchlorure de fer qui leur communique une teinte rouge très prononcée, et cela pendant un à deux jours encore après la cessation du médicament.

On peut conclure de toutes ces recherches que l'antipyrine est un remède de la douleur. Comment se produit cette sédation des affections douloureuses ? L'expérimentation que nous avons pratiquée avec mon chef de laboratoire, M. Gley, nous éclairera à ce sujet.

Injectée à la dose de deux grammes sous la peau d'un chien de dix kilos, l'antipyrine produit trois sortes de phénomènes : d'abord une diminution très notable de la sensibilité, et même une véritable analgésie dans le membre injecté, parfois en même temps, du côté opposé.

En deuxième lieu, chez l'animal antipyriné, l'excitation électrique du nerf sciatique ne produit plus dans les muscles, du côté opposé, qu'une contraction réflexe très amoindrie, ce qui indique un affaiblissement de la perceptivité sensitive et du pouvoir réflexe de la moelle épinière.

En troisième lieu, si on empoisonne l'animal excepté un seul membre dont on lie l'artère, on voit que les muscles antipyrinés se contractent lentement, difficilement, tandis que le membre préservé conserve sa contractilité : ceci prouve que l'antipyrine agit aussi directement sur les nerfs musculaires.

A ces trois faits positifs, qui démontrent l'action de l'antipyrine sur la moelle épinière ainsi que sur les nerfs musculaires de la périphérie, il importe d'ajouter un fait négatif d'une haute portée, à savoir la complète intégrité du cœur qui y reste, pour ainsi dire, indifférent, et des vaisseaux qui n'éprouvent aucune modification dans la pression sanguine normale.

Ainsi l'expérimentation physiologique vient confirmer toutes les données de l'observation : suppression de la sensibilité et de l'excitabilité réflexe chez les animaux, suppression de la douleur dans l'organisme malade, sans trouble ni dans le rhythme du cœur, ni dans la force de la circulation.

L'antipyrine peut donc être considérée scientifiquement comme le médicament le plus puissant et le plus inoffensif contre la douleur.

De la rage.

M. *Janssen* communique de la part de M. de Lesseps le fait suivant relatif à la rage et qui, par sa netteté, est d'un intérêt considérable.

M. Ch. de Lesseps avait dans son écurie deux domestiques et deux chiens. Un de ces chiens devient enragé. Il mord le cocher, qui va se faire traiter à l'Institut Pasteur, et qui est aujourd'hui parfaitement bien portant. Le chien qui l'avait mordu lécha simplement (probablement sur une excoriation de la peau) l'autre chien, qui mordit à son tour le deuxième domestique. Ce dernier ne prêta aucune attention à cette morsure. Or, il vient de mourir avec tous les symptômes de la rage convulsive.

QUINZAINE CHIRURGICALE

Encore la trachéotomie au Chloroforme (1).

La très intéressante question soulevée par le rapport de M. Le Dentu est à peu près complètement vidée jusqu'à nouvel ordre. M. Terrier a montré que, conseillée en 1864 par Erichsen, en Angleterre, l'anesthésie chloroformique avait été soutenue en Allemagne dès 1866 par Simon, Langenbeck, Roser, et les rapports du Bartholomew's hospital de Londres montrent que dans le même temps elle était la pratique courante de West, Pajet et Smith. Duret, en 1880, dans sa thèse pour l'agrégation en chirurgie, professe que le chloroforme n'est pas contre-indiqué dans la trachéotomie, et en 1883 et 1884, M. Gouguenheim défend la même doctrine dans les *Annales de Laryngologie* et la thèse d'un de ses élèves.

Dans sa leçon clinique du 31 mars, M. de Saint-Germain, qui a pratiqué 402 fois la trachéotomie, dont 15 fois seulement chez l'adulte, a envisagé la question chez l'adulte et chez l'enfant. Chez l'adulte, M. de Saint-Germain a été frappé du calme des malades opérés au bistouri, et plusieurs fois ils lui ont avoué que, malgré sa durée, l'opération était beaucoup moins douloureuse que l'avulsion d'une dent ou l'ouverture d'un abcès; une seule fois, opérant avec Krishaber, il éprouva des difficultés sérieuses tenant à l'indocilité du malade. Pour l'enfant, quand l'anesthésie n'est pas utile, l'asphyxie l'a déjà rendu en partie insensible, et quand on opère par le procédé rapide, elle est moins dangereuse à cause de la diminution du réflexe trachéal qu'elle provoque. Si on l'emploie, il faut opérer à sec, c'est-à-dire par les méthodes de lenteur.

Mais il y a un fait très intéressant, dont la connaissance est due aux recherches de M. Brown-Séquard. Une incision longitudinale médiane de la peau du cou ou transversale, sur les singes et les chiens, insensibilise rapidement un territoire cutané assez étendu autour de l'incision ; l'analgésie semble s'étendre même au larynx, à la trachée et quelquefois

(1) Société de Chirurgie, 6 avril. *Bulletin médical*, 6 avril. Académie des Sciences, 4 avril.

à des régions encore plus lointaines. Il y a là un phénomène d'inhibition d'autant plus remarquable que l'on sait que les parties capables de produire l'analgésie par inhibition sont, par ordre de puissance : les nerfs laryngés supérieurs par leurs filets terminaux, les troncs de ces nerfs ; la peau de la région cervicale antérieure. D'après ce fait, il est fort plausible d'admettre que la trachéotomie peut être pratiquée sans chloroforme, puisque l'incision de la peau produit dès son début l'analgésie des autres parties qui restent à sectionner. Aussi M. de Saint-Germain termine-t-il sa leçon clinique en critique bienveillant, et en se demandant « quelle part d'hon« neur reste en France et à l'étranger à ceux qui « préconisent l'anesthésie d'une région que le chi« rurgien insensibilise par son premier coup de bis« touri. »

Greffe cutanée par approche (1).

M. Poncet (de Lyon) a pu obtenir, en usant des procédés antiseptiques bien exécutés, la soudure d'un vaste lambeau de peau pour obtenir l'obturation d'un ulcère suite de brûlure siégeant à la région sous et rétro-malléolaire droite. Cet ulcère fut d'abord gratté et excisé, ce qui donna une surface cruentée de 8 à 9 centimètres. La jambe fut ensuite fléchie et mise au contact de la fesse droite, sur laquelle on tailla un lambeau cutané dépouillé de pannicule graisseux et pourvu d'un large pédicule de 15 centimètres d'étendue transversale. Le lambeau fut suturé aux bords de l'ulcère, la jambe fixée dans la flexion. Le pédicule fut coupé le huitième jour en partie et totalement le onzième jour. Quatorze jours après l'opération, le lambeau tenait très bien, il était sensible au compas de Weber dont la malade percevait distinctement les pointes écartées de sept centimètres.

Rappelons, à ce propos, qu'au récent congrès de Gênes, le Dr Ceci a présenté un malade sur lequel il a transplanté avec succès un grand lambeau cutané pour combler une perte de substance produite par l'ablation d'une tumeur cancéreuse. Il a pu arriver à transplanter des lambeaux ayant plus de 10 centimètres en tous sens.

Greffes de peau de grenouille (2).

MM. Dubousquet, Laborderie et Baratoux ont essayé avec succès de réparer des pertes de substance de la peau ou des muqueuses à l'aide de fragments de peau de grenouille qui, dépourvue de glandes et très vasculaire, est très propre, à priori, à cet usage. Pour les greffes cutanées, il faut que la plaie soit bien bourgeonnante ; il ne faut pas faire saigner les bourgeons charnus, car le sang coagulé empêcherait le contact immédiat entre la surface de la plaie et le fragment de peau. Le malade doit conserver l'immobilité durant les premiers jours et la plaie ne doit point suppurer. Le pansement doit être rigoureusement antiseptique ; il doit être fait avec grand soin et légèrement compressif, ce qui facilite l'adhésion des greffes. Pour l'application des greffes sur les muqueuses nasales ou auriculaires, M. Baratoux se sert d'une pipette de verre à l'aide de laquelle il aspire légèrement la greffe du côté où elle ne doit pas adhérer ; puis il la porte au lieu d'insertion ; il suffit de souffler un peu pour obtenir l'accolement. On peut aussi y arriver à l'aide d'un petit pinceau de blaireau, mais il faut toujours éviter avec soin que le greffe ne s'enroule. L'adhésion a surtout été très rapide dans la réparation des perforations du tympan.

Greffe osseuse interhumaine (1).

Un jeune homme de 17 ans avait eu, le 25 novembre 1886, une fracture compliquée de la jambe droite au niveau de la partie moyenne, avec issue considérable du fragment supérieur. Il y eut, à la suite, des accidents phlegmoneux graves et les extrémités fracturées se nécrosèrent et s'éliminèrent, laissant une assez vaste perte de substance.

En décembre 1886, la fracture n'était point consolidée et les os étaient éloignés de 35 à 40 millimètres réunis, seulement par un cordon fibreux. Le péroné intact formait attelle au tibia et avait empêché le rapprochement des extrémités osseuses. M. Poncet tenta alors la greffe osseuse et l'exécuta de la façon suivante : sur une jambe que l'on venait d'amputer, pour traumatisme, il prit la première phalange du gros orteil, réséqua ses surfaces cartilagineuses, puis prit un fragment de 26 millimètres de longueur qu'il fit tremper dans une solution tiède de sublimé à 1 pour 2,000. La pseudarthrose mise à à nu, M. Poncet divisa dans toute sa longueur le pont fibreux, aviva les deux os à la cisaille, puis déposa la greffe osseuse dans le tissu fibreux, de façon à la mettre en contact avec le fragment inférieur du tibia. Pas de réunion, pansement antiseptique soigné.

Soixante-deux jours après l'opération, la greffe était complètement recouverte de bourgeons charnus, sauf dans une étendue de 3 à 4 centimètres carrés à sa partie moyenne où l'os paraissait blanc rosé. La mobilité de la pseudarthrose persistait et M. Poncet se décida alors à faire la résection, puis la suture osseuse. En pratiquant cette opération, il enleva la greffe osseuse sous les portions d'os attenantes et il put constater ces faits très importants. Par une de ses extrémités, la greffe était intimement soudée au tibia par un tissu assez dense, résistant, fibreux, non ossifié. Toute sa périphérie était recouverte par le tissu fibreux et une couche de plus en plus dense de bourgeons charnus. L'os lui-même était parfaitement vasculaire, bien vivant, érodé en quelques points par les bourgeons charnus, tassés contre sa surface. En somme, ce résultat montre que l'on peut fonder de légitimes espérances sur cette pratique.

(1) Société de chirurgie, 6 avril.
(2) Académie de médecine, 22 mars 1887.

(1) Académie des sciences, 28 mars.

Nouveau traitement de l'ongle incarné (1).

D'après les recherches d'Arloing, l'ongle est sécrété par une région limitée qui ne répond pas à toute son adhérence au doigt qui le porte. Cette région est représentée par la lunule et le sillon rétro-lunulaire. Si on résèque ces parties en ayant soin d'aller assez loin en arrière, on empêche la formation de l'ongle. M. le Dr Quenu a tiré parti de ce fait pour inaugurer un nouveau procédé de cure radicale de l'ongle incarné. Il conseille de faire une incision transversale en avant passant à la limite antérieure de la région lunulaire ; des deux extrémités de cette ligne transversale, il fait partir deux incisions longitudinales de deux centimètres de longueur ; il obtient ainsi un court lambeau cutané qu'il relève, puis il résèque à l'aide de ciseaux la portion d'ongle et de sillon rétro-lunulaire répondant à la partie incarnée. Le lambeau cutané est ramené en avant, suturé ; un pansement sec est appliqué et la guérison est d'habitude assez rapide, 6 à 8 jours au plus. Dans la suite l'ongle pousse moins large et les accidents douloureux de l'incarnation ne se produisent plus. M. Quenu a pu suivre pendant longtemps six malades opérés de cette façon sans qu'il y ait eu de récidive. M. Richelot conseille le pansement à la poudre de bismuth qui lui a donné dans ces cas de très bons résultats.

Pathogénie du tétanos (2).

Nous avons toujours enregistré avec soin dans nos colonnes tout ce qui a trait à cette terrible affection ; voici des faits qui semblent démontrer que c'est bien, comme on le soupçonnait depuis longtemps, une maladie infectieuse. M. *Ferrari*, de Parme, a recueilli et mis en culture du sang d'une malade atteinte de tétanos sans fièvre ; il a ensuite, après la mort, recueilli le liquide céphalo-rachidien de la même malade. Au bout de quelques jours, il s'était développé des micro-organismes en forme de *staphylocoques*. Les cultures de ces organismes inoculées dans la moelle et le tissu sous-cutané de lapins les ont tués avec des phénomènes tétaniques en deux et quatre jours. Le sang pris dans l'oreillette du second lapin et inoculé à un autre lapin l'a fait mourir du tétanos six jours après.

Les expériences de Brieger sont des plus remarquables et nous paraissent entrer directement dans la voie de la la vérité. On sait que Carle et Rattone avaient, les premiers, obtenu un tétanos expérimental en inoculant le pus d'une pustule d'acné d'un homme tétanique dans la gaine du sciatique d'un lapin.

Nicolaïer découvrit bientôt un bacille en forme de bâtonnet droit renflé à une extrémité et qui, inoculé à des animaux, produisait des phénomènes tétaniques. Rosenbach a reproduit le bacille et a reconnu qu'il sécrétait un poison chimique qui serait la cause des accidents de la maladie si connue depuis longtemps.

Brieger a obtenu l'isolement de plusieurs principes toxiques en expérimentant sur des cultures obtenues dans de la viande hachée et stérilisée. La première substance toxique isolée est la *Tétanine* $C^{13}H^{30}H^2O^4$; inoculée sous la peau elle produit un véritable tétanos, le chien est réfractaire. La seconde est la *Tetanotoxine* $C^5H^{11}N$, beaucoup moins toxique ; elle provoque l'apparition des mouvements fibrillaires partant du point inoculé, puis des convulsions, enfin une parésie générale entremêlée d'attaques convulsives qui finissent par être mortelles. Certains animaux résistent très bien à ce poison et guérissent.

Brieger a encore obtenu deux autres toxines, dont il n'a pu déterminer la composition chimique, mais dont il a constaté certains effets. L'une *toxine* 3, si l'on veut, cristallise en fines aiguilles fusibles à 250° elle provoque un tétanos très net accompagné de salivation abondante et d'hypersécrétion lacrymale. La seconde, qu'il a nommée *spasmotoxine*, provoque immédiatement des convulsions toniques et cloniques très violentes. Cette substance se développe surtout dans les cultures de bacille tétanique sur le lait.

On obtient facilement ces toxines en cultivant des bacilles sur la viande hachée à 36° ou 37°.

Brieger a cherché ensuite à vérifier les relations supposées par M. Verneuil entre le tétanos et les produits des animaux. L'inoculation de fumier de cheval et de bouse de vache à des cobayes les tue par paralysie totale au tout de quelques heures. Ces substances cultivées sur la viande hachée et le lait ont produit une toxine dont l'effet est identique à celui du curare et tue les animaux par paralysie générale. Brieger n'a donc pas encore obtenu une toxine produisant les mêmes effets que celles signalées plus haut, mais celle qu'il a isolée produit des phénomènes paralytiques analogues à ceux étudiés par l'auteur sur la tétanine.

Tumeur dermoïde congénitale de la nuque (1).

Si l'on connaît bien l'existence des kystes dermoïdes et des fistules congénitales qui se rencontrent aux parties antéro-latérales du cou, il n'en est pas de même des lésions de même nature qui s'observent sur la région postérieure. M. Dubreuilh, de Bordeaux, vient d'en rapporter un exemple des plus curieux que nous résumons, car il peut servir dans certains cas de diagnostic difficile. Une fillette de 2 ans, bien conformée d'ailleurs, présentait à la partie inférieure de la nuque, exactement sur la ligne médiane, une tache rosée. Un jour il se fit en ce point une ouverture qui donna passage à une cuiller de pus, puis l'orifice se referma. Six mois après survint un torticolis assez douloureux et peu à peu on vit les membres inférieurs, puis les membres supérieurs se paralyser. L'enfant dépérissait en même temps et finalement fut prise d'une broncho-pneumonie et succomba. L'autopsie suivie d'examen microscopique

(1) Société de chirurgie, 13 avril 1887.

(2) Congrès des chirurgiens italiens, 6 avril 1887, et Société de Médecine interne de Berlin, 4 avril, in *Semaine médicale*.

(1) *Journal de médecine de Bordeaux*, 1887.

montra qu'il existait un trajet fistuleux, à parois dermoïdes contenant des glandes et des follicules pilo-sébacés, allant de la nuque au canal central de la moelle. Il s'était développé un long abcès allant du bulbe à la partie inférieure de la moelle dorsale, dissociant la substance grise et attaquant le canal épendymaire. Cette lésion est, on le voit, très rare, et il faut admettre qu'elle s'est produite dans les premiers temps de la vie intra-utérine, au moment où le sillon médian postérieur se ferme après avoir fourni l'invagination médullaire entodermique dont le canal central de la moelle est le vestige permanent.

Dr Barette.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

De la version par manœuvres externes.

I. Préambule. — II. Ses indications dans les présentations de l'épaule et du siège. — III. Manuel opératoire. — IV. Difficultés et contre-indications. — V. Conclusion.

I

« La version par manœuvres externes, dans la présentation de l'extrémité pelvienne peut être tentée. Elle serait utile, *surtout chez les primipares*, mais c'est alors qu'elle est plus difficultueuse, et peut présenter des dangers ; il faut s'arrêter devant la violence. Chez les multipares, elle est plus facile, mais moins nécessaire ». Cette proposition, faite par l'éminent professeur Pajot, a été adoptée par la Société obstétricale de Paris dans l'une de ses dernières séances : il nous semble que c'est un peu restreindre l'utilité de la version par manœuvres externes et il nous paraît utile de rappeler le manuel opératoire de cette version, ses indications, ses contre-indications, ses dangers (??).

Cette étude nous sera singulièrement facilitée par les leçons (1) très intéressantes du Pr Dumas (de Montpellier), qui s'est largement inspiré du magistral *Traité du palper abdominal* de M. Pinard ; nous mettrons également à contribution un mémoire intéressant de M. Porak (2) sur le pronostic et le traitement des présentations du siège.

II

C'est grâce au palper abdominal qu'on arrive à reconnaître, avant le début du travail, les différentes présentations du fœtus : parmi celles-ci nombre d'accoucheurs ne considèrent comme normale que la présentation du sommet et toutes les fois qu'une autre présentation (siège, épaule), est constatée, ils tâchent de la transformer en présentation du sommet, à l'aide de la version céphalique ; de sorte que, d'une façon générale, cette opération est indiquée dans tous les cas de présentation irrégulière, inclinée ou transversale, toutes les fois que la tête du fœtus ne se trouve pas en rapport avec le détroit supérieur, qu'elle soit située dans une des fosses iliaques ou qu'elle corresponde au fond de l'utérus. Nous ne discuterons pas l'utilité de cette méthode dans les cas d'insertion vicieuse du placenta que M. Pinard considère comme une indication formelle, ni la conduite à tenir dans les cas de présentation de la face ; nous ne nous occupons que des présentations transversales et que des présentations du siège.

Pour les premières, tout le monde s'entend : elles entraînent, lorsqu'elles existent, de telles difficultés pour l'accoucheur qu'il importe d'y remédier, coûte que coûte ; la vie du fœtus et parfois de la mère sont à ce prix. Tous les accoucheurs l'acceptent d'autant plus volontiers qu'elle est dans ce cas, avant le début du travail, assez facile à pratiquer : il suffit de mettre le fœtus en situation longitudinale en abaissant la tête.

La difficulté commence lorsqu'il s'agit de la présentation du siège ; certains accoucheurs pensent que le fœtus ne court pas grand risque, pourvu qu'on ne se hâte pas et qu'on laisse le plus possible agir la nature. Sans doute, disent-ils, la présentation du siège est moins favorable que celle du sommet ; mais, grâce à une certaine habileté, on peut réduire au minimum la mortalité fœtale. Ainsi M. Guéniot, sur 24 accouchements par le siège, n'a eu qu'un décès d'enfant ; M. Charpentier est arrivé au même résultat sur 25 à 30 accouchements par le siège. Cette statistique, qui fait grand honneur à l'habileté des opérateurs, s'éloigne beaucoup de la statistique courante : elle annonçait singulièrement la gravité pour le fœtus de la présentation du siège.

La statistique du professeur Pajot donne 19 enfants morts sur 158 primipares ; l'éminent professeur déclare que cette statistique a besoin d'être plus détaillée.

M. Porak, après avoir défalqué les enfants macérés ou pesant moins de 1500 gr., donne la statistique suivante, d'après 108 cas de présentations pelviennes : 1 décès sur 9 enfants chez les primipares, 7 décès sur 30 chez les multipares. Aussi M. Porak conclut-il, avec raison, que les dangers que courent les enfants justifient les tentatives qu'on a proposées pour transformer les présentations du siège en présentation du sommet pendant la grossesse.

Il est un fait certain, c'est que l'accouchement par le siège est dangereux pour l'enfant, dans des proportions variables, suivant les cas, et suivant la valeur de l'accoucheur ; notre excellent confrère, le Dr Poullet, en rapportait récemment (1) une observation intéressante, celle d'un enfant mort par la faute d'une sage-femme qui avait administré l'ergot de seigle pour hâter le travail.

M. Guéniot pense qu'il n'y a pas lieu d'imposer

(1) De la version en général et particulièrement de la version par manœuvres externes, par le professeur L. Dumas. — Montpellier 1886.

(2) Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Gynécologie, février 1887.

(1) *Concours médical*, février 1887.

comme règle la version céphalique dans les cas de présentation pelvienne, parce qu'il est assez difficile de faire le diagnostic précis de la présentation pelvienne, d'exécuter la version qui peut présenter des dangers entre des mains inexpérimentées ; il pense que « ce serait mieux répondre aux nécessités de la pratique courante en enseignant que l'expectation sera presque toujours suivie de succès, pourvu que les manœuvres finales du dégagement soient bien exécutées ».

Si les mains de l'accoucheur et surtout de la sage-femme sont inexpérimentées, pourquoi exécuteraient-elles mieux un dégagement du siège qu'une version par manœuvres externes ? Il y a d'ailleurs un certain danger à dire que la version, excellente dans les présentations de l'épaule, peut être négligée à cause de ses difficultés dans les présentations du siège; je crois, en effet, que tout médecin qui reculera devant les difficultés d'une version céphalique pour un siège, ne la fera pas davantage pour une épaule... et pour cause. L'observation suivante en est la meilleure preuve.

Il y a quelques mois, un accoucheur parisien est appelé, dans des circonstances particulièrement graves, à la campagne, auprès d'une femme, veuve depuis quelques mois, pour la délivrer ; cette femme, secondipare, était à terme et en travail ; les douleurs l'avaient prise dans la nuit ; à 4 heures du matin, la poche des eaux s'était rompue ; peu de temps après un bras et le cordon étaient à la vulve ; un médecin, appelé par la sage-femme, ne voulut pas tenter, pour des raisons sérieuses, la version par manœuvres internes ; l'accoucheur arrive seulement à midi auprès de la femme, constate que l'enfant a succombé, fait la version podalique et amène un très-bel enfant qu'il ne peut, bien entendu, ranimer. — La mort de cet enfant était un désastre, à tous les points de vue, pour la mère ; l'accoucheur, en poursuivant son interrogatoire, apprit de la sage-femme qu'au premier accouchement l'enfant était venu *par les pieds* et avait succombé pendant le travail. Bien que la femme eût été examinée aux deux grossesses par le même médecin, la version par manœuvres externes n'avait pas été tentée plus pour le siège que pour l'épaule et au grand détriment de tous.

Sans doute, il vaut mieux s'abstenir de pratiquer une version céphalique que de la faire d'une manière brutale et dangereuse ; mais on arrive facilement au but en suivant les règles classiques que nous allons énoncer.

III.

Manuel opératoire.

La femme est placée dans le décubitus dorsal et horizontal, la tête reposant sur un coussin peu élevé, les bras étendus sur les côtés du tronc, les membres inférieurs étendus et légèrement écartés, de manière à reposer dans toute leur longueur sur le plan du lit. La flexion des cuisses sur le bassin est inutile : elle gênerait même l'accoucheur pour explorer l'hypogastre et les fosses iliaques.

L'opérateur se tient debout à gauche ou à droite du lit, le dos tourné à la femme et généralement à la hauteur du thorax, comme pour pratiquer le palper abdominal méthodique ; il change d'ailleurs de position, suivant qu'il le juge plus commode.

Les mains sont appliquées doucement sur la paroi abdominale, sans l'intermédiaire de la chemise ; elles dépriment peu à peu les parois abdominale et utérine pour vérifier le diagnostic, pour reconnaître la situation des pôles fœtaux et pour excercer des pressions douces et méthodiques.

Deux cas peuvent se présenter : *a*) la tête est dans une des fosses iliaques, le siège dans le flanc du côté opposé ; *b*) la tête est en rapport avec le segment supérieur de l'utérus, tandis que le siège est en bas.

A. On applique une main au niveau de chaque extrémité fœtale, en dehors d'elle, et on exerce avec chaque main des pressions lentes et soutenues qui tendent à repousser les deux pôles fœtaux sur la ligne médiane. On fait exécuter ainsi au fœtus un mouvement de bascule qui ramène son grand axe dans sa direction normale. — Les pressions exercées sur l'extrémité céphalique seule, d'après la méthode de Nivert, ne sont pas suffisantes.

B. C'est surtout lorsque le siège est en bas, au niveau du détroit supérieur (présentation du siège) ou au niveau de l'une des fosses iliaques (présentation transversale) que cette nécessité d'agir simultanément sur les deux pôles fœtaux se fait particulièrement sentir ; le premier temps de l'opération consiste alors à mobiliser le fœtus, surtout lorsque le siège tend à s'engager.

On y arrive facilement lorsqu'on peut faire pénétrer l'extrémité des doigts, de chaque côté de la ligne médiane, jusque dans l'aire du détroit supérieur ; on les glisse entre la paroi du bassin et le siège du fœtus à l'aide de quelques pressions modérées, exercées sur le siège de bas en haut ou de quelques mouvements alternatifs de droite à gauche, on le dégage peu à peu et on le fait glisser vers l'une des fosses iliaques.

Quelquefois ce premier temps est difficile à exécuter, soit parce que la paroi abdominale est trop résistante, soit lorsque la partie fœtale est trop profondément engagée. On peut essayer alors de faire remonter l'utérus tout entier : on fait coucher la femme sur le côté ou on la fait tenir sur les genoux et sur les coudes. Mattei conseille de relever le bassin de la femme en glissant un coussin sous le sacrum. Comme dernière ressource, on exerce une pression de bas en haut directement sur le siège du fœtus avec un ou deux doigts introduits dans le vagin : cette pression doit être faite avec la plus grande douceur. — On essaie en même temps de mobiliser la tête qui est plus ou moins profondément cachée sous le foie, les fausses côtes et qui n'est pas toujours accessible, dès d'abord, à l'action de la main. — Les deux extrémités étant mobilisées et accessibles, les mains étant appliquées sur elles, il faudra exercer des pressions lentes et soutenues, de façon à faire remonter le siège et à faire descendre la tête par le chemin le plus court (Pinard) ; dans certains cas on tient compte de la facilité relative avec laquelle le fœtus obéit à l'impulsion dans un sens plutôt que dans

un autre et on lui fait suivre la voie la plus longue. — Le plus habituellement, lorsque le fœtus est bien mobilisé, il évolue facilement, surtout lorsque l'opérateur s'ingénie à imiter l'œuvre de la nature accomplissant la version spontanée. « Lorsque les conditions sont favorables, on est véritablement étonné de la rapidité et de la facilité avec laquelle le fœtus obéit à l'impulsion qui lui est donnée. » Nous avons souvent vu, à Lariboisière, M. Pinard exécuter cette manœuvre en quelques instants.

Dans quelques cas, cependant, la chose est plus délicate ; l'opérateur doit s'armer de patience, de douceur et il réussit parfois avec facilité là où il a échoué la veille. Lorsque la femme est en travail, et qu'on est autorisé à tenter la version, on ne doit agir que dans l'intervalle des contractions ; au moment de la *douleur* on se contente de laisser les mains en place, de manière à maintenir les résultats partiels déjà obtenus ; puis on recommence les pressions, dès que le muscle utérin a cessé de se contracter.

(*A suivre*).

G. Lepage.

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS.

Assemblée générale annuelle du 17 avril 1887.

Le samedi 16 avaient eu lieu, conformément aux statuts, la réunion du comité directeur sous la présidence de M. Dujardin-Beaumetz et celle du comité des censeurs, sous la présidence de M. de Ranse.

Le dimanche l'assemblée générale s'est tenue dans un salon de Véfour, au Palais-Royal, à 10 heures du matin. En l'absence de M. Dujardin-Beaumetz, empêché, M. de Ranse, président du Comité des censeurs, a pris le fauteuil de la présidence et donné la parole au secrétaire général, M. Lande, qui a lu le rapport suivant :

Messieurs et chers confrères,

Au cours de la période préparatoire que nous traversons, votre secrétaire général n'a pas un grand nombre de faits importants à vous signaler dans le fonctionnement de notre institution. Après vous avoir dit que notre nombre augmente d'année en année, avec lenteur, il est vrai, et nous en verrons bientôt la raison, mais de façon toutefois à compenser et au delà nos pertes matérielles, il n'aurait qu'à céder la parole à notre trésorier à qui incombe la tâche agréable de vous faire connaître l'accroissement régulier et progressif de notre petite fortune.

Cependant, je dois vous parler encore des difficultés que nous rencontrons, bien que, d'où qu'elles viennent, elles soient impuissantes à nous arrêter dans notre confiance et dans notre développement. Au moment même de notre réunion générale de 1886, nous avions connaissance d'une attaque fort vive dirigée contre la Caisse des Pensions et publiée dans un journal qui a toujours été considéré comme étant au moins l'organe officieux de l'Association générale. J'ai dû réfuter les propositions de notre contradicteur ; je ne reviendrai pas sur ce débat ; mais je ne pouvais le passer sous silence.

D'ailleurs, les arguments avaient été fournis au chroniqueur par un confrère qui, reprenant contre nous toute la série des objections formulées pendant notre année d'études préparatoires et depuis longtemps réfutées, terminait son réquisitoire par la présentation d'un projet de Caisse qui, au dire de son auteur, n'avait aucun des vices reprochés à la nôtre, mais possédait en revanche tous les mérites et toutes les vertus.

Il a fallu, comme pour les autres novateurs des années précédentes, prouver, chiffres *en mains*, à ce confrère que les affaires, qui sont du ressort des mathématiques, ne se traitent pas avec des hypothèses et des considérations sentimentales, et que, si leurs résultats brutaux ne répondent pas toujours aux aspirations humanitaires, du moins ils sont précis, immuables et ne laissent aucune place dans l'avenir aux cruelles désillusions.

Cette démonstration n'a pas été du goût de notre confrère et vous avez pu lire dernièrement dans les journaux une réponse dans laquelle se trouvent, au lieu de solides raisonnements, des considérations vagues suivies de déclarations discourtoises. Il y a longtemps que mon épiderme de journaliste est devenu insensible aux égratignures des ronces du chemin. Ici encore le débat est clos jusqu'à ce qu'il soit rouvert par un adversaire qui veuille bien ne pas changer le terrain de la lutte et n'y apporter d'autre souci que celui de l'intérêt général. C'est ce que nous nous efforçons de faire nous-même, malgré tous les coups qui, dans ces diverses rencontres cherchent à atteindre l'homme derrière le Secrétaire général de la Caisse des pensions.

Enfin, j'ai dû répondre à l'honorable Président de la Société locale du département d'Alger qui a adressé à toutes les Sociétés locales de France avec demande d'étude et d'avis un nouveau projet de Caisse de retraite. J'ai démontré à notre Confrère que si dans son projet il laissait de côté certaines dispositions statutaires du fonctionnement de notre Caisse considérées par lui comme trop sévères, il ne pouvait y arriver qu'en se procurant en dehors des cotisations des ressources tellement importantes qu'on pourrait en considérer la réalisation comme absolument aléatoire et fatalement impossible au bout d'un très petit nombre d'années. En outre, une erreur de calcul sur un point essentiel suffit pour mettre à néant le projet dans son ensemble.

Vous vous expliquez aisément, n'est-il pas vrai, messieurs, que notre nombre ne s'accroisse que lentement en présence de ces critiques et de ces projets de fondations nouvelles à dividendes extraordinaires. Comment ne pas hésiter à délier les cordons de sa bourse et à donner un argent péniblement gagné, plus péniblement perçu, à une Caisse contre laquelle est soulevée une pareille opposition ! Auquel entendre de tous ces faiseurs de belles promesses ? On attend. Ne nous en plaignons pas ; tôt ou tard on viendra à nous et pendant ce temps nous continuerons notre chemin en toute sécurité : nos livres démontrent que notre situation est encore meilleure que nous ne l'avions promise à nos adhérents et que nous tiendrons plus que nos engagements.

Il ne faudrait pas espérer ne plus rencontrer des contradicteurs ; nous en aurons toujours, car il y aura toujours des gens qui, frappés pour la première fois de cette idée qu'une caisse de retraite est une œuvre utile, se lanceront immédiatement dans de nouveaux projets sans prendre seulement la peine de se demander si personne avant eux n'a songé à la mettre en pratique. Ils perdront ainsi en combinaisons

depuis longtemps condamnées un temps et une activité qui seraient bien mieux employés au perfectionnement et à la propagation de l'œuvre déjà créée.

C'est ce qu'avait compris le Dr Landur dont j'ai à vous signaler la perte regrettable. Un des premiers il s'était enthousiasmé pour cette idée de la création d'une Caisse de pensions de droit, il était des douze ou quinze qui à la première réunion préparatoire de notre fondation avaient apporté un projet de statuts. Quand le choix fut fait, il ne se retira pas boudeur parce que le sien n'avait pas été adopté ; il se mit de tout cœur à la tâche pour parfaire et mettre au point celui qui dans ses grandes lignes avait été approuvé par la majorité. Ancien professeur de mathématiques, très versé dans toutes les combinaisons financières, il mit sa haute science et un esprit critique très vif au service de l'œuvre. Vous avez tous présents à l'esprit le zèle, la minutie et la compétence avec lesquels il avait discuté nos statuts et vérifié les calculs servant de base à nos tarifs. Tel il est resté jusqu'au dernier moment et, je puis le dire tant en mon nom qu'au nom de notre trésorier, c'était surtout son approbation que nous recherchions pour nos propositions et pour nos comptes. La mort prématurée de ce confrère dévoué est pour nous tous une cause de réelle et profonde affliction.

Nous avons également perdu, pendant le dernier exercice, M. le Dr Rousseau, de Noisiel, qui était, lui aussi, un des ouvriers de la première heure et qui des premiers avait adhéré à nos statuts après avoir renoncé à un projet personnel soigneusement élaboré.

En dernier lieu, j'ai à vous faire part de le mort d'un confrère auquel plusieurs membres de votre bureau étaient particulièrement attachés : le Dr Douaud, de Bordeaux. Je suis votre interprète en témoignant, à ces confrères trop tôt disparus, l'hommage de nos douloureux et sympathiques souvenirs.

Le Dr Douaud était un Bordelais, il faisait partie de ce groupe nombreux de Girondins qui, tout en patronnant l'idée généreuse de la caisse des pensions de droit, ont voulu par leur adhésion donner une marque particulière d'estime et de confiance à ses promoteurs.

J'ai parlé tout à l'heure des épines du chemin ; si elles sont nombreuses, il n'en est que meilleur de rencontrer parfois quelques fleurs. Pour vous le prouver, je n'ai qu'à me taire n'ayant guère eu des choses agréables à vous raconter et je passe la parole à notre trésorier ; sa caisse est notre serre.

Dr L. Lande.

Notification est faite de la démission de M. Huchard comme vice-président de la Caisse des pensions.

M. le Dr Verdalle, trésorier, lit le rapport suivant :

Messieurs et honorés collègues,

Ainsi que je vous le faisais prévoir l'année dernière à pareille époque, notre Caisse atteignait et dépassait même, au 31 décembre dernier, le chiffre de cent mille francs, cette première étape du million.

Ces cent mille francs sont déjà loin. Au premier avril dernier, nos encaissements se montaient à 128,041 fr. 64 ; et aujourd'hui, 15 avril, ils s'élèvent à la somme de 128,955 fr. 46 (1).

Vous le voyez, Messieurs, l'œuvre marche, elle est prospère ; son accroissement est constant, continu. Grâce à votre fidélité, vraiment remarquable par le temps qui court, grâce à la régularité de vos versements, notre Caisse augmente sans cesse ; tantôt par sauts brusques, énormes, aux grandes marées d'échéance, qui mettent votre trésorier sur les dents, tantôt à petits coups, tout doucement ; ce sont quelques versements en retard, où des cotisations de nouveaux adhérents, ou encore les intérêts de nos valeurs, intérêts à échéances variées, qui commencent à faire un chiffre respectable. Bref, en dépit des détracteurs que toute œuvre naissante trouve sur son chemin, nous prouvons le mouvement en marchant, ce qui est, comme chacun sait, la meilleure preuve qu'on ait jamais pu en donner.

De la comparaison des deux bilans que j'ai eu l'honneur de vous soumettre, l'un dressé au 24 avril 1886, et l'autre au 15 avril dernier, il vous est facile de conclure :

1° Que le chiffre de nos cotisations pour la période écoulée entre le 24 avril 1886 et le 15 avril 1887, s'est élevé à la somme de...fr.		33.390 40
2° Que nos valeurs ont produit, en intérêt, les sommes suivantes :		
Obligations du Midi............	436 50	
Rente amortissable............	1.200 »	
Obligations foncières............	726 50	
Obligations communales........	970 »	
Obligations d'Orléans............	160 05	
		3.493 05
3° Que le chapitre *Caisse des Pensions* s'est augmenté d'une somme de 400 fr. provenant : 1° d'un don du *Concours médical*...	200 »	
2° D'un don de notre président, M. le Dr Dujardin-Beaumetz......	200 »	
		400 »
4° Que le chapitre *Frais généraux* a subi une augmentation de recettes de....................	40 60	
provenant du remboursement par un certain nombre de membres des frais de correspondance et de reçus.		
Bref, nos recettes, formées par le total de ces divers chiffres, se sont élevées à la somme de.......		37.324 05

De l'examen de la colonne *débit*, il ressort :

1° Que nos frais généraux ont été de..........		1.104 85	
2° Que nous avons acheté les valeurs suivantes :			
50 obligations anciennes du Chemin de fer d'Orléans................	19.735 70		
600 fr. de rente 3 0/0 amortissable............	16.955 30		
		36.691 »	
Total............................			37.795 85

Aujourd'hui nous avons en portefeuille les valeurs suivantes :

Valeurs.	Prix d'achat.	Cours actuel (Bourse de Paris du 12 avril)	Revenu.
30 oblig. Midi...........	11.286	11.805	436
1800 fr. Rente amortiss.	49.678 70	50.640	1800
50 oblig. foncières 1883.	18.268 75	18.987 50	728
50 oblig. commun. 1886.	24.705 25	24.500	970
50 oblig. d'Orléans........	19.568	19.700	727 50
	123.506 70	125.532 50	4.662

Toutes ces valeurs sont nominatives et inscrites

(1) Au 17 avril, le total est de 129,635 fr. 96.

sous le titre *Caisse des pensions de retraite du corps médical français.*

Si nous voulons, maintenant, d'après tous ces chiffres, établir notre budget pour l'année courante, voici quelle sera notre situation approximative au 31 décembre prochain, c'est-à-dire à la fin de notre quatrième exercice :

BUDGET DE 1887.

Encaissement au 1er avril	128.313 96		
Cotisations en retard...	4.392		
Echéance de septembre..	5.810		
		138.515 46	
Intérêt des valeurs......		2.696	
			141.211 46

Notre avoir sera donc, au 31 décembre, de 140 à 150,000 francs.

Restent six années à courir, et si, comme tout le fait espérer, notre œuvre marche, pendant ces six ans, du même pas qu'aujourd'hui, à supposer même qu'elle ne recrutât aucun adhérent, ce qui est, vous en conviendrez, presque inadmissible, dans six ans, nous commencerons à fonctionner avec un capital de quatre à cinq cent mille francs.

A ce moment, nous aurons de 15 à 20,000 francs de rente, et avec nos cotisations, dont le chiffre s'élève de 35 à 40,000 fr. par an, ce sera une somme de 50 à 60,000 francs que nous aurons à distribuer tous les ans entre nos pensionnés, c'est-à-dire de quoi servir 40 à 50 pensions de 1,200 francs.

Or nous connaissons déjà le maximum de charges que nous aurons pendant les trois premières années de notre fonctionnement complet.

En 1894, nous aurons 14 pensionnés touchant en tout 10,658 francs. En 1895, 22 pensionnés touchant 17,028. En 1896, 26 pensionnés touchant 19,918 fr. Ces trois premières années nous donneront donc une augmentation de capital de plus de cent mille francs.

Ce résultat n'est-il pas de nature à convaincre les plus incrédules ?

J'en ai fini, Messieurs et chers collègues, avec cette énumération de chiffres, fastidieuse, sans doute, mais intéressante, en somme. Vous voudrez bien excuser toutes les minuties de votre trésorier, tous les détails dans lesquels entre son rapport. Je crois bien faire en vous les exposant ; il faut, à mon avis, que chacun de nous y voie absolument clair dans la situation de la Caisse.

Je n'ai plus qu'à vous présenter, dans un dernier tableau, la situation en gros, la voici :

1887. RECETTE.		
Cotisations....................	120.019 60	
Dons à la caisse des pensions .	1.800 »	
Dons à la caisse auxiliaire.. .	550 »	
Profits et pertes...............	343 71	
Intérêts des valeurs............	6.242 15	
		128.955 46
EMPLOIS.		
Portefeuille....................	123.902 70	
Frais généraux.................	4.072 83	
Reste en caisse au 15 avril......	979 93	
		128.955 46

Nota. — La caisse auxiliaire, destinée aux secours, est alimentée par une retenue de 1 % sur la recette brute de la caisse et par des dons volontaires. Elle possédait au 15 avril une somme de 1,834 48.

Nota. — Cette année, comme l'année précédente, la caisse des pensions a reçu des dons :

1o de M. le président Dujardin-Beaumetz, 200 fr.
2o du *Concours Médical* 200 fr.

Le trésorier,
Dr H. VERDALLE.

L'assemblée approuve, à l'unanimité, les comptes du trésorier et lui vote, ainsi qu'au secrétaire général, les remerciements que méritent le zèle et le dévouement avec lesquels ils s'acquittent de leurs fonctions.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr JACOB, à Montsûrs (Mayenne), présenté par le Directeur.

M. le Dr MARTIN, à Quimperlé (Finistère), présenté par le docteur Le Moaligou, de Quimperlé.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Lettres professionnelles.

A M. le Dr MARGUERITTE, ancien président de l'Union des Syndicats médicaux, vice-président de l'Association des médecins de la Seine-Inférieure

Cher confrère,

Le moment où l'Association générale des médecines de France tient ses assises annuelles nous réserve périodiquement quelque nouvelle surprise. L'année dernière, c'était un confrère qui, dans un article où l'odieux le disputait au grotesque, cherchait à semer les défiances et le discrédit sur une institution dont un de ses maîtres avait été l'un des promoteurs et était encore le vice-président. Vous savez le succès qu'il obtint et la verte réplique qu'il s'attira de la part de notre ami le Dr Lande.

C'est encore le même personnage qui, cette année, tient à nous procurer quelques moments de douce gaîté. Je ne veux point le nommer ici ; vous le connaissez bien, et, dans un journal qui compte quelques jours d'existence, il vient de publier un article d'une colonne qui m'a paru vieux de dix ans au moins et m'a laissé rêveur.

Germinal, qui fait naître dans le cerveau de quelques-uns de nos confrères des idées nouvelles, fait aussi germer dans le sien des projets qui ne sont point nouveaux.

Eclosion tardive, sans doute, mais qui probablement assure au produit une robuste constitution et un développement remarquable et rapide.

Que voulez-vous ? Les temps sont durs, il faut bien l'avouer, et, ainsi que le constate notre confrère, le malaise professionnel s'aggrave quotidiennement. Aussi, entraîné par les généreux sentiments qui l'animent, veut-il, lui aussi, mêler son nom à ceux des réformateurs qui, par la plume ou la pa-

role, dans cet âge de fer, nous annoncent un âge d'or. En bon fils qu'il est, notre confrère tourne ses regards vers notre *Alma mater*, l'association générale. On lui a bien reproché un peu d'immobilité, cela est vrai, mais tellement à tort que les méchantes langues qui ont tenu de tels propos auraient mérité d'être sévèrement mordues par les dents qui les entourent, afin de faire évanouir cette envie immodérée de se mouvoir. Le confrère dont il s'agit et dont la sollicitude pour le corps médical est immense, en sa qualité de disciple d'Esculape, cherche d'où vient le mal. Il se demande, après avoir invoqué l'association, si l'adynamie qui nous gagne ne serait pas le fait de « ceux qui se laissent égarer vers des institutions dont les moyens sont différents et le but moins général ». Hérésiarques criminels, ils ne sauraient obtenir leur pardon qu'en venant s'humilier, la corde au cou, à l'entrée de notre église professionnelle.

Mais il ne suffit pas de soupçonner la cause du mal : il faut aussi trouver un remède efficace. Notre inventeur, après avoir médité, médité, médité, se demande si le meilleur moyen à opposer à cet état de souffrances ne serait pas la création de CERCLES MÉDICAUX.

Ah ! cher confrère, ne trouvez-vous pas que, pour une fois, — une fois n'est pas coutume, n'est-ce pas ? — M. X. pourrait bien avoir raison. Certes, ce n'est pas nous qui serons jamais disposés à voir dans cette idée une utopie sentimentale ! Ce que nous ne contesterons pas non plus, c'est que notre confrère aurait bien pu s'épargner d'aller dans la grande Amérique chercher le modèle qu'il nous offre. Non pas que je veuille contester à nos confrères de la République Argentine le mérite d'avoir compris les avantages de ce genre d'associations et, en gens pratiques, de l'avoir mis en œuvre. Mais, sans traverser les mers, il me semble qu'il aurait pu, en regardant autour de lui, rencontrer dans notre pays des institutions dans le genre de celles qu'il a rêvées.

Il existe, en effet, sur notre territoire français, environ *cent cinquante* associations de défense professionnelle, institutions décentralisatrices, offrant à chacun de leurs membres un point de réunion, un appui à la fois moral et, au besoin, matériel. Si les intérêts scientifiques y sont un peu laissés à l'écart, c'est que d'autres associations spéciales ne manquent pas, tout à côté, où chacun de nous, selon ses goûts et ses loisirs, peut aisément se tenir au courant des progrès de la science et faire profiter ses confrères de ses propres observations.

Ces cent cinquante sociétés professionnelles ont même pris, en certains points, le nom de *cercles médicaux* proposé par le novateur et offrent, dans les grandes lignes de leur organisation, une remarquable analogie avec celle que préconise notre confrère. Il est vrai qu'en un point, — *en un seul*, — elles s'écartent un peu. Elles ne sont pas, en effet, l'œuvre exclusive des sociétés locales et de l'association générale. Elles vivent à côté de leurs aînées dans les meilleurs termes, leur demandant et leur offrant tour à tour un cordial appui, se complétant les unes les autres, au grand avantage des confrères qui les composent et dont les noms figurent, pour une large part, sur les registres de chacune d'elles. Il est vrai aussi que l'une de ces sociétés professionnelles ayant voulu se recruter exclusivement parmi les membres de la société locale de la région, ainsi qu'on nous paraîtrait le souhaiter, a bientôt appris qu'il devait y avoir, entre les deux, *union* et non *réunion*, selon l'expression de notre sympathique secrétaire général de la Gironde, et qu'une scission a dû se produire récemment entre *l'Association des médecins du Rhône* et le *Syndicat de l'Association des médecins du Rhône*.

Les syndicats !... Voilà donc le mot lâché, le mot effrayant qu'on n'ose prononcer et auquel on propose de substituer celui moins choquant de cercles médicaux; mais peu nous importe, après tout ; l'idée persiste, l'institution reste et nous sommes heureux, — n'est ce pas ? — de constater les bonnes dispositions d'un apôtre qui se révèle et se réveille ; peut-être regrettera-t-il d'avoir été devancé dans la voie nouvelle par vous particulièrement, qui, déjà, en 1881, nous avez montré le chemin, et par tant d'autres qui l'ont suivi depuis lors. Mais s'il n'a rien inventé, il s'en consolera aisément, j'en suis sûr, en nous aidant à propager les idées qui nous sont chères et en répétant, comme l'honorable Dr de Ranse le disait l'année dernière, dans son rapport à l'Association générale, que l'association SOUS TOUTES LES FORMES doit être le but constant de nos communs efforts. Peut-être aussi — nous l'espérons du moins — reconnaîtra-t-il un jour que si *l'Association générale peut faire beaucoup*, A COTÉ D'ELLE ON PEUT AUSSI CRÉER D'UTILES INSTITUTIONS.

Agréez, etc.

D. A. BARAT-DULAURIER.
Ex interne des hôpitaux de Paris.

NOUVELLES

Par arrêté du 1er avril, le nombre des étudiants qui peuvent être dispensés du versement des droits d'inscription pendant les 3e et 4e trimestre 1886-1887, est fixé ainsi qu'il suit :

Faculté de Théologie protestante...	1	étudiant
— de Droit	290	—
— des Sciences..............	1	—
— de Médecine	127	—
École supérieure de pharmacie.....	52	—
— préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Reims.......	4	—

Les demandes en vue des dispenses des droits d'inscription pour le 3e et le 4e trimestre de l'année scolaire 1886-1887 devront être adressées aux doyens ou directeurs d'écoles secondaires avant le 1er mai 1886.

Il paraît que l'œuvre de l'hospitalité de nuit a reçu en 1886 42 étudiants.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André, 3

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

26E ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

DE

L'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France.

M. Henri Roger, après une réélection unanime, vient de présider la 26me Assemblée générale de l'Association. Un quart de siècle est pour une société, assurée de durer, un court espace, l'enfance de son développement futur. Le devoir de celui qui la préside, qui la dirige est, par conséquent, d'envisager de vastes horizons et de faire bon visage, bon accueil aux membres de notre société qui, impatients plus que ceux qui ont la responsabilité, n'ont en vue que les progrès possibles, sans être obligés de peser les difficultés d'exécution.

Ceci bien établi, sa haute personnalité est mise hors de cause, et il permettra à tous ses co-sociétaires de lui soumettre leurs aspirations. En outre, la presse médicale doit éclairer les voies et préparer les projets. Ces études sont assurées d'un bienveillant accueil, et, sinon du patronage du président, du moins de son impartial examen.

Le président désire que les actes, tous les actes de l'Association soient soumis à la critique et, à diverses reprises, il a prescrit des mesures libérales, tombées, cette année, en désuétude. La presse recevait, avant les séances, les divers comptes rendus : pourquoi n'ont-ils été, cette année, communiqués qu'après les deux journées ?

M. Henri Roger ne serait-il pas disposé à adresser, à tous les journaux de médecine, l'invitation d'envoyer des représentants aux séances de l'Association? De cette façon, les comptes rendus auraient une certaine animation, qui leur fait volontiers défaut, lorsqu'ils se réduisent à une sèche analyse du compte rendu officiel, tenu à une certaine réserve. Tous les incidents de séance, quels qu'ils soient, sont bons à noter et ils sont lus avec intérêt. On s'est plaint, parfois, de l'immobilité de l'Association générale ; il appartient au président de remédier ainsi à l'inconvénient d'une seule séance annuelle.

Les comptes rendus, marqués au cachet de chaque journal, suggéreront dans les sociétés locales, des idées, amèneront des propositions, parmi lesquelles le Bureau pourra faire son choix.

A la séance du 18, comme l'a remarqué le Président, les vœux exprimés ont été bien peu nombreux. Il n'a pas cru, assurément, que cette indigence était un signe de satisfaction ; il a pu supposer, avec quelque raison, qu'il y avait, au contraire, dans cette pauvreté de l'ordre du jour, un signe d'abstention et peut-être de découragement ! Quoi qu'il en soit, il est peu admissible et un esprit aussi élevé que le sien admettra difficilement qu'une Association, à ses débuts, n'ait plus rien à souhaiter, n'ait plus aucune œuvre utile à organiser.

Nos statuts le disent : l'Association a pour but, en outre, *de préparer et fonder les institutions propres à compléter et perfectionner son œuvre d'assistance.*

Nous ne serons démentis par personne, Monsieur le Président, lorsque nous venons vous dire que puisqu'il y a pénurie de vœux exprimés, mettre trop d'énergie et de vivacité à discuter les rares vœux soumis à l'Assemblée, les repousser avec trop d'empressement, c'est s'exposer à les rendre plus rares encore et s'opposer, par conséquent, aux

perfectionnements de la grande œuvre que vous présidez.

Nous vous présentons ces observations, mus par l'unique ardeur du bien général et par le souvenir de la phrase finale de votre discours d'inauguration de la séance du 17 avril. Vous avez dit : *La prospérité de l'Association nous permettra de prêter notre concours aux diverses associations de prévoyance établies ou proposées récemment, et leurs honorables auteurs sont assurés de toutes nos sympathies* (1).

Votre autorité, Monsieur le Président, fermement appuyée sur les services que vous avez rendus, sur vos générosités perpétuelles, nous est un gage assuré que vous pourrez faire partager à tous vos collaborateurs les sentiments qui vous animent. Nous ne reverrons plus, aux séances, les pénibles incidents qui se sont produits cette année et les deux années précédentes. La devise de l'Association sera : « Bon accueil ! et paix aux hommes de bonne volonté ! Tolérance du bureau pour les vivacités du délégué, qui n'a qu'une seule fois, au cours de l'année, la faculté d'exposer, en quelques minutes, les vœux exprimés par la Société locale qu'il représente. Protection du président pour le médecin qui, plein d'ardeur, parfois peu habitué à mesurer ses paroles, s'expose à se voir accablé par des arguments inattendus et tout aussi violents que ceux auxquels il a eu recours lui-même dans son enthousiasme exagéré pour une idée généreuse et parfois utopique ! »

Séances du dimanche 17 et lundi 18 avril.

Le discours de M. *Henri Roger* est caractérisé, pour nous, par la phrase que nous venons de souligner. Il annonce, en outre, que l'Association a reçu de MM. *Oulmont* et *Bourdin* deux dons, chacun de dix mille francs et de M. le Dr *Roth* un legs universel de compte à demi avec l'œuvre de *l'hospitalité de nuit* qui sera de plus de cent mille francs pour chaque œuvre. L'assemblée applaudit à ces généreux bienfaiteurs et à l'allocution du Président.

MM. *Brun*, trésorier, de *Ranse* et *Bucquoy* donnent lecture de leurs rapports.

La caisse générale possède........	88.333.53
La caisse des pensions viagères...	1.019.557.06
La Société centrale et les sociétés locales..............................	892,846.84
Total de l'avoir de l'Association.....	2.000.737.43

Nos lecteurs verront, dans l'annuaire, les différents points touchés par ces rapports. Il faut les lire in extenso. Nous en retenons ce chiffre que l'Association payera, cette année, 74 retraites, de 600 francs.

Aussi, en présence de résultats aussi considérables, M. Bucquoy peut-il dire dans sa péroraison : « Ne vous étonnez donc pas si ceux que votre confiance a appelés à diriger l'Association des médecins de France se montrent quelquefois timorés et restent dans la réserve devant des innovations qui, dans l'esprit des initiateurs, seraient destinées à accroître le bien-être des membres de la profession. Soyez sûrs qu'il n'y a de leur part aucun sentiment de jalousie à l'endroit de ces créations nouvelles ; mais gardiens fidèles des statuts de l'Association, ils ont le devoir de les défendre contre toute démarche imprudente qui serait capable de les ébranler.

Respectons-la et aimons-la, chers collègues, cette grande institution qui nous donne aux uns, et c'est le plus grand nombre, la satisfaction de faire le bien, et aux autres, les déshérités de la profession, la sécurité pour leurs vieux jours !

Que M. Bucquoy se rassure : il n'est jamais venu à l'esprit d'un médecin, tant soit peu au courant des questions professionnelles, d'accuser l'Association d'un sentiment de jalousie pour les œuvres nouvelles écloses à côté d'elle et dues, la plupart du temps, aux membres de l'Association elle-même. Ils comprennent sa réserve et prennent acte de toutes les paroles d'encouragement.

Le bien qu'elle fait lui permet d'être indulgente pour les tentatives qu'à côté d'elle, et non contre elle, font des hommes pour lesquels les encouragements de M. Bucquoy et de ses collègues seraient bien précieux.

Nous regrettons de n'avoir pas reçu le rapport de M. *de Ranse*, qui, s'il nous en souvient bien, a, dans quelques passages applaudis par l'Assemblée, témoigné, comme M. *Roger*, de ses bonnes dispositions à l'égard des œuvres dignes de l'intérêt de tous les membres de l'Association.

Le rapport du secrétaire général a, cette année, excité quelque surprise. M. *Foville* estime que *heureuses sont les Associations qui n'ont pas d'histoire* ! car, ajoute-t-il, « 1886 *s'est passé sans incident notable. Les séances du Conseil général se sont ressenties du calme universel. Si le Conseil a peu agi, cette année, c'est qu'on lui a peu demandé.* »

M. Foville est-il bien certain qu'il ne se méprend pas sur les causes de ce calme universel ? Ne pourrait-il se faire que quelques-unes des questions, d'ordinaire agitées au sein des Sociétés locales, eussent été discutées ailleurs ?

Est-il bien assuré que les délégués, lorsqu'ils viennent remplir, auprès de l'Association, le devoir d'exposer un vœu y trouvent, toujours, ce que leur promettait un des éminents fondateurs de l'Association, un de ses regrettés prédécesseurs, *Amédée Latour* ? Il nous disait en 1861 : « Venez à l'Assemblée apporter vos vœux, vous y trouverez *indulgence* et *protection.* »

Assurément M. Foville a médité, lorsqu'il a accepté la lourde tâche de secrétaire général, les hauts enseignements des 23 rapports de ses prédécesseurs.

Il sera avec nous, lorsque nous demanderons le large accès de la presse médicale aux Assemblées ; l'envoi des divers rapports avant les réunions, décidé il y a deux ans par le président général ; l'exécution de la décision du *Conseil général*, en date de 1863, qui voulait que « chaque fois que ses délibérations seraient de nature à pouvoir être publiées, avec utilité, pour l'œuvre ou pour la profession, il en ferait faire un résumé substantiel, plus ou moins résumé suivant les circonstances, une copie, ou une

(1) N'ayant pas reçu le texte du discours présidentiel nous ne pouvons affirmer l'exactitude absolue de la phrase, mais tel en est certainement le sens.

composition en placard, qui seraient immédiatement envoyés indistinctement et en même temps, à tous les journaux de médecine, etc... ». M. Foville nous permettra-t-il de l'engager à se souvenir que, dans les Assemblées, il est aussi bien le représentant des Sociétés locales que celui de l'*Association* ? Ses collègues donnaient toujours une part nominative et très large, dans leurs comptes rendus annuels, aux actes de ces Sociétés. Le secrétaire général est, avec le président, le soutien désigné des délégués, exprimant leurs vœux, en même temps qu'il est, avec le Bureau, le gardien des statuts.

Nos lecteurs liront avec intérêt le rapport de M. Foville ; malgré sa concision, il est encore trop touffu pour l'espace dont nous disposons. Nous lui signalons, en passant, ce fait, que depuis cinq années et plus, dans le département de l'Oise, la Cie du Nord accorde la circulation à demi-place à tous les membres de l'Association. Si nous appelons son attention sur ce détail, c'est qu'il a beaucoup insisté sur un cas analogue, tout récent.

Nous avons entendu le 18 la lecture du rapport de M. le Dr *Riant*, un des membres du Conseil général de l'Association, intitulé : *Examen du projet de loi du gouvernement sur l'exercice de la médecine*. Cette paraphrase du projet déposé par M. *Lockroy* est un plaidoyer énergique en faveur des dispositions adoptées par le *comité consultatif d'hygiène de France*. Quoiqu'il ne soit pas question d'hygiène dans cette œuvre de réforme, nous reconnaissons que les médecins éminents qui constituent le comité sont gens compétents.

Ce n'est pas une raison cependant pour nous de faire comme M. *Riant* et de conclure que le projet qui, notamment, conserve docteurs en médecine et officiers de santé, contre les vœux unanimes exprimés depuis 50 années par le Corps médical, est un bienfait.

Nous sommes au contraire d'accord sur ce point avec la commission parlementaire, composée, elle aussi, de députés compétents, et qui est à peu près unanime pour repousser la plus grande partie des articles dont le projet gouvernemental se compose.

Le projet du *Concours médical* présenté par M. *Chevandier* ; celui de M. *Lunier* qui en a modifié quelques articles et a été adopté par l'*Association générale*, sont les projets acceptés par la commission de la Chambre.

Nous ne comprenons plus M. Riant lorsqu'il dit que l'*Association* pourra, *plus tard*, amener le législateur à une réforme plus complète et que bientôt il n'y aura plus qu'un seul titre, celui de docteur.

Comment ! Voilà une législation dont depuis un siècle les médecins demandent la révision ! Ils ont peut-être une occasion de la faire réviser et vous venez leur conseiller d'abandonner des articles essentiels et d'attendre, un siècle encore, que la réforme s'impose aux législateurs ! !

M. Riant a dû comprendre, à la fin de sa lecture, qu'il avait fait fausse route et le ton de son plaidoyer a permis à un des assistants de réclamer contre ce qu'il croyait être les conclusions du conseil général.

Heureusement le bureau a expliqué que le travail de M. Riant n'avait d'autre prétention que de mettre en lumière les beautés du projet du gouvernement, et que l'Association s'en tenait aux articles votés par les sociétés locales et l'Assemblée générale de 1886.

Nous reproduirons pour l'édification de nos lecteurs les arguments de M. Riant.

L'Assemblée procède ensuite à l'examen de quelques vœux qui lui sont soumis.

Lorsqu'une Société locale a droit à plusieurs délégués et que un ou plusieurs de ses délégués sont absents, celui qui est présent peut voter à leur lieu et place ; il peut exprimer plusieurs suffrages.

Ce vœu est pris en considération et sera rapporté à la prochaine assemblée.

La société de l'Oise renouvelle un vœu déjà exprimé en 1886, modifiant l'article 20 des statuts :

L'Assemblée générale aura lieu, alternativement, une année à Paris, l'année suivante dans une des grandes villes de France.

Le président demande si quelqu'un est disposé à prendre la parole pour développer et soutenir ce vœu. Personne ne répond ; le président de la Société de l'Oise étant empêché, probablement, comme en 1886. Le vœu n'est pas pris en considération et il devra être présenté de nouveau.

Sur la demande de la *Société du Cher*, il est décidé qu'*exceptionnellement, en 1889, la date de l'Assemblée générale pourra être reculée à cause de l'Exposition.*

Caisses de retraite. — Asile de Tipaza.

La *Société d'Alger* a fait ces deux propositions et elles sont présentées par son Président, M. *Trolard*, venu tout exprès d'Afrique.

M. Trolard exprime d'abord la crainte que ses propositions n'aient le sort de la plupart de celles qui sont présentées par les sociétés locales et qu'elle ne soit enterrée. Il croit que la pénurie de vœux signalée par M. Foville n'est pas, comme l'estime celui-ci, un indice de parfait contentement, mais plutôt un témoignage d'indifférence. Il se plaint de s'être trouvé *tout seul*, à la réunion privée des délégués qui doit avoir lieu une heure avant la séance de la 2e journée.

M. Trolard propose alors une série de mesures destinées à stimuler le zèle et le travail des Sociétés locales.

M. Foville lui fait observer que l'Association ne s'est jamais ingérée dans le règlement des Sociétés locales, et que c'est à elles que M. Trolard doit faire ses propositions et qu'en tout cas l'assemblée générale n'a pas à émettre de vote. Il le rappelle à la question de la *caisse des retraites*.

M. Trolard entre alors en matière par un éloge bien senti de l'*Association générale* qui, à son avis, suffit à toutes les tâches, et qui peut l'aider à mener à bien son projet pour lequel cette assistance morale et pécuniaire est indispensable.

A ce moment survient une série d'incidents pénibles, violents, sur lesquels plusieurs de nos confrères de la presse, à l'exception du *Bulletin médical*

de M. Prengrueber, ont cru bon de jeter un voile.

Nous n'estimons pas que cette abstention, très louable en un sens, nous soit commandée à nous-mêmes particulièrement intéressés aux questions professionnelles et d'Associations.

Nous avons été déjà, à des assemblées antérieures, témoins d'incidents analogues, quoique moins vifs, et nous croyons qu'il y a intérêt à les relater, afin d'éviter leur retour.

M. Trolard expose, en termes modérés, qu'il y a urgence à mettre à l'ordre du jour l'étude d'une *Caisse de pensions de droit*, et que cette œuvre n'est pas irréalisable. M. Trolard, qui a fait l'éloge de l'Association, ce qui n'est pas défendu à un plaideur attendant la sentence de son juge, n'oublie qu'une chose, c'est de *s'appuyer sur ce fait* : *qu'une Caisse de pensions de droit, présidée par un collègue de M. Roger à l'Académie, fonctionne depuis trois ans*. L'auditoire s'étonne de cet oubli.

C'est à ce moment, que l'honorable et bouillant trésorier de l'Association, *M. Brun*, se lève et prononce une objurgation violente à l'adresse de M. Trolard et des Caisses de pensions et qu'il déclare que *jamais* l'Association n'entrera dans cette voie de perdition des finances sociales. Il accuse M. Trolard de mener une campagne contre le crédit de l'Association.

Celui-ci proteste ; M. Rouvier vient à la rescousse et M. Foville, avec une grande énergie, achève M. Trolard, en donnant lecture de quelques passages du compte rendu de la dernière séance de la Société d'Alger.

Voici ces passages :

« Nous avions aussi demandé qu'une démarche fût faite auprès du Ministre de l'Intérieur pour obtenir la promesse de concession du domaine qui doit assurer l'entretien du futur asile de Tipaza. Ces messieurs ont déclaré qu'ils n'avaient aucune qualité pour faire cette démarche ; il paraît qu'ils ont seulement qualité pour aller à ce même ministère solliciter d'autres faveurs.

. . . .

« J'ai entendu dire que dans beaucoup de Sociétés locales on avait adopté aussi ces procédés anesthésiques, et que tout leur travail consistait à se réunir une fois par an pour brûler de l'encens et pontifier ensuite dans des banquets à toasts.

« L'Association n'a pas été créée pour cela. S'il est malheureusement vrai que la plupart des sociétés de secours mutuels de France et d'Algérie ne sont que des fabriques de ruban rouge à l'usage de leurs dignitaires, nous ne pouvons pas laisser la nôtre en arriver là. »

Une agitation s'empare alors de l'Assemblée. — On réclame la clôture, un blâme formel.

M. *Trolard demande à donner des explications.*

M. le secrétaire général explique que le blâme n'est pas prévu par les statuts.

M. *Trolard demande à s'expliquer.*

Chacun perd un peu la tête et à un tel point, qu'un membre très considéré de l'Association pour lequel nous professons la plus profonde estime, tant pour ses qualités personnelles, que pour tous ses actes, s'étonne que le blâme ne puisse être prononcé et il demande formellement le vote de l'ordre du jour avec blâme.

M. *Trolard demande à expliquer les passages incriminés.*

M. Foville reprend la parole et expose que le Bureau, si le blâme non statutaire était prononcé, semblerait faire croire qu'il a été atteint dans son honneur et sa dignité.

L'Assemblée ne peut se ressaisir, car personne ne lui tend la perche, à l'exception toutefois de M. Trolard qui persiste, comme de juste, à demander à expliquer les passages incriminés du compte rendu de la séance d'une Société dont il n'est, après tout, que le président et le délégué. Il demande avec énergie que sa protestation contre sa condamnation sans avoir pu se justifier soit inscrite au procès-verbal et il se retire.

L'ordre du jour est prononcé et l'Assemblée n'est pas saisie de la question des Caisses de pensions ni de celle de l'asile de Tipaza.

Que dira la Société d'Alger ? Peut-être ce qu'a dit M. Le Dr Lenoël, délégué d'Amiens : « J'ai voté l'ordre du jour, mais je constate que M. Trolard a demandé quatre fois la parole pour se défendre et qu'on la lui a refusée. Je constate le fait et je le regrette. »

M. le président déclare la séance levée.

Nous reviendrons à notre première proposition. Le rôle des délégués est plus difficile que celui du Bureau. D'où que vienne la violence, elle est blâmable. Mais nous sommes indulgents pour les violences d'un délégué et nous faisons appel, pour l'avenir, à l'indulgence du Président, du Secrétaire et du Trésorier.

En 1885, en 1886, un de nos excellents amis, plein de bonne volonté pour l'Association, a été vivement morigéné ; en 1887 M. Trolard a en vain réclamé le droit de s'expliquer. Ce n'est pas de cette façon que l'Association verra se multiplier les vœux exprimés par les Sociétés locales. M. Foville est-il toujours certain que l'absence de vœux est un indice assuré de la prospérité de son peuple ? Ce n'est pas l'opinion d'un fondateur de l'Association, témoin assidu de ses progrès depuis 25 ans, et vice-président d'une des Sociétés locales.

A. Cézilly.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'hygiène thérapeutique à l'hôpital Cochin

M. Dujardin-Beaumetz vient de reprendre avec son succès accoutumé les conférences de thérapeutique qu'il fait chaque année à l'hôpital Cochin. Après avoir étudié, il y a deux ans, les médications nouvelles, il abordait l'année dernière l'étude de l'hygiène alimentaire. Il n'est pas moins bien inspiré d'avoir choisi pour sujet de ses leçons de cette année les autres applications de l'hygiène à la thérapeutique ; il va exposer comment on peut utiliser

le mouvement, l'air, l'eau pour la cure des maladies, c'est-à-dire qu'il va étudier la kinésithérapie, le massage, l'hydrothérapie, l'aérothérapie et la climatothérapie. En continuant dans cette voie, notre maître est toujours assuré de rendre les plus grands services aux médecins, et c'est, nous le savons, à la fois son but et sa récompense. Nous publierons prochainement une grande partie de sa leçon d'ouverture, où le maître a tracé un historique rapide de la gymnastique médicale, avec une solide érudition et une spirituelle bonhomie.

L'Institut Pasteur et le conseil municipal de Paris.

Il est bon que le public médical soit édifié sur l'attitude de certains détracteurs de M. Pasteur et de son œuvre. A ce point de vue la lecture de la séance du conseil municipal du 22 avril dernier est des plus instructives ; elle montre une fois de plus quel mépris certains de nos édiles affichent pour les plus élémentaires convenances.

Voici la lettre que le président du comité de l'Institut Pasteur avait adressée au président du conseil municipal.

Monsieur le Président,

« Le 28 mai 1886, sur L'INITIATIVE GÉNÉREUSE DE QUELQUES-UNS DE SES MEMBRES, le Conseil Municipal de la « ville de Paris affectait à l'Institut Pasteur, pour 99 « ans, un terrain de 2,500 mètres carrés situé rue Vauquelin.

« Cette surface étant insuffisante pour le bon fonctionnement des services de l'Institut, j'ai eu l'honneur « de vous écrire, à la date du 28 novembre 1886, au « nom du comité de patronage, pour vous prier de « demander au Conseil, à titre de location, 2500 mètres « de terrains attenant aux 2,500 mètres déjà concédés. « Et, dans sa séance du 31 décembre 1886, le Conseil « autorisait M. le préfet de la Seine à louer à la Société de l'Institut Pasteur, au prix de 10,000 fr. par « an, 2,500 mètres de terrain, avec cette clause qu'à « l'expiration du bail de 99 ans, toutes les constructions « élevées sur le terrain affecté, et sur le terrain loué, « feraient retour à la ville de Paris, sans aucune indemnité.

« *J'ai l'honneur de vous informer, Monsieur le « Président, que le Comité de l'Institut Pasteur, « après y avoir mûrement réfléchi, regrette beaucoup « de ne pouvoir accepter les propositions du Conseil « municipal de la ville de Paris.*

« Le prix élevé de location et la nature du sol de la « rue Vauquelin — qui entraîne à de grands frais de « substruction — rendent ces propositions trop onéreuses pour le budget de l'institut.

« Pour ces motifs, le Comité a fait l'acquisition d'un « vaste terrain de 11,000 mètres, situé rue Dutot, où « s'élèvera le futur Institut.

« J'espère, Monsieur le Président, que le Conseil « Municipal, appréciant les raisons qui nous ont déterminés à faire le meilleur usage possible des fonds « de nos souscripteurs nationaux et étrangers, nous « conservera ses sentiments de bienveillante sympathie « et je vous prie d'agréer, etc.

« Signé :

« Amiral JURIEN DE LA GRAVIÈRE. »

Le président du conseil n'ayant lu de cette lettre que la phrase en italiques, les conseillers nommés plus haut en ont pris texte pour déclarer que M. Pasteur avait enfin réfléchi sur le danger de ses inoculations, qu'ayant vu l'insuccès des établissements vaccinaux antirabiques fondés à l'étranger, il renonçait à la création de son Institut français, qu'en un mot, M. Pasteur s'était *suicidé*...

« Or, comme dit le *Bulletin médical*, il ressort de la lettre écrite par M. Jurien de la Gravière, que les raisons invoquées par les adversaires de M. Pasteur pour expliquer le refus du Comité sont absolument inexactes. L'institut antirabique de Paris fonctionne et continuera de fonctionner comme par le passé. Chaque mois, la statistique officielle est publiée, et, depuis le 1er janvier, plus de six cents personnes ont été vaccinées. Sur ce nombre, on ne compte que deux décès.

D'autre part, les instituts vaccinaux antirabiques de Russie et d'Italie (et il y en a douze) sont tous en plein fonctionnement. »

Thérapeutique générale de la syphilis. Injections de peptones mercuriques (1).

La Société médicale des hôpitaux ayant mis à son ordre du jour, sur la demande de M. Ern. Besnier, la question de la thérapeutique générale de la syphilis, M. Martineau a ouvert la discussion en venant apporter les résultats de son expérience personnelle, remontant à 10 ans.

Tout d'abord il considère que les tentatives d'éradication de la syphilis par la destruction du chancre, proposées à diverses reprises, et notamment à l'étranger, n'ont aucune raison d'être ; le chancre étant non pas la source de l'infection générale, mais sa première manifestation.

La thérapeutique de la syphilis repose sur l'emploi alternatif des trois médications : mercurielle, iodée, sulfureuse. Celles-ci suffisent à amener la guérison, si on leur adjoint la médication générale reconstituante et l'hygiène, chez les individus indemnes de tares pathologiques avant d'avoir contracté la syphilis. Chez les autres, il peut être indispensable de modifier le terrain organique par certaines médications appropriées.

M. Martineau dit qu'à M. Fournier revient l'honneur d'avoir montré que la médication antisyphilitique doit être lente, continue, progressive : M. Fournier prescrit pendant deux ans le mercure et l'iodure de potassium ou de sodium alternativement avec des intervalles de repos. M. Martineau a légèrement modifié cette formule. Il continue le traitement pendant cinq ans ; le malade prend du mercure pendant 2 mois, de l'iodure pendant 2 mois, se repose 2 ou 3 mois et recommence.

M. Martineau examine comparativement la valeur des modes divers de mercurialisation par la voie gastrique et la voie cutanée. La première n'est pas applicable aux cas où il faut frapper fort et vite quand, par exemple, un syphilôme menace de détruire un organe important. En tout cas, il faut re-

(1) Société médicale des hôpitaux, 22 avril 1887.

noncer aux pilules dans la pratique nosocomiale, car les malades s'arrangent pour ne pas les prendre. Les préparations solubles peuvent être utilisées à la condition que la dose soit prise chaque jour sous les yeux de la garde-malade. Souvent des accidents gastro-intestinaux viennent interrompre le traitement.

La méthode des frictions est bonne chez les enfants de 2 mois à 3 et 4 ans.

En toute autre circonstance, M. Martineau préfère la méthode des injections hypodermiques à la condition d'employer la solution de peptone hydrargyrique ammonique, dont M. Delpech a donné la formule et qui contient dix milligrammes de sublimé par seringue de Pravaz. Il a traité par les injections environ 10,000 syphilitiques ; chaque malade recevant 30 injections, c'est donc environ 180,000 injections qu'il a pratiquées. Chaque malade reçoit une injection quotidienne pendant les 30 premiers jours ; pendant les 30 jours suivants, on peut revenir à la voie gastrique et le malade prend cinq *milligrammes* (une cuillerée à café) de la même solution.

L'injection est pratiquée à la partie postérieure du dos. S'il se forme des nodosités ou des abcès, la faute incombe habituellement à l'opérateur.

Ce que deviennent les foyers où ont été pratiquées les injections sous-cutanées de calomel et d'oxyde jaune.

M. *Balzer* communique les observations suivantes. Une femme de 45 ans, tuberculeuse, était atteinte de gomme syphilitique gangréneuse du palais. On la traite suivant la méthode de Scarenzio par les quatre injections réglementaires de calomel et l'iodure de potassium à l'intérieur. Cette malade ayant succombé aux progrès de sa phthisie, l'autopsie permit d'étudier les foyers des injections. Les quatre étaient à peu près analogues au volume près. Le plus ancien n'avait plus que le volume d'une noisette, le plus récent était gros comme une noix ; tous contenaient au centre un noyau caséeux. L'examen histologique décéla un liquide épais d'apparence purulente, peu de leucocytes, une grande quantité de graisse sous la forme de granulations fines, de gouttelettes ou de cristaux d'acides gras, de nombreux débris de tissu conjonctif et élastique, en résumé, les preuves évidentes d'une nécrose partielle due probablement à l'intensité des réactions chimiques et qui ne semblait pas faire prévoir l'absence de phénomènes locaux réactionnels constatée pendant la vie.

Dans un autre cas, chez une femme qui, ayant reçu une injection sous-cutanée d'oxyde jaune de mercure dans la région fessière, avait commis l'imprudence de se balancer les jours suivants assise sur une corde, un abcès se déclare. Dans le contenu qui s'écoule par l'incision dix jours après la piqûre, M. Balzer constata encore au microscope des gouttelettes de graisse, de petits caillots, des fibres de tissu conjonctif et élastique, des globules blancs et rouges ; la pile de Smithson y décéla quelques traces de mercure.

Aux faits précédents, que M. Balzer déclare d'ailleurs exceptionnels, puisque d'ordinaire les injections laissent si peu de traces qu'on ne peut même plus retrouver les points où elles ont été faites, M. *du Castel* oppose l'autopsie d'un malade atteint de paralysie générale, que l'obscurité du diagnostic avait conduit à traiter comme un syphilitique. Les injections avaient été pratiquées de chaque côté du dos, d'un côté avec le calomel, de l'autre avec l'oxyde jaune. Une certaine réaction locale s'était montrée passagèrement du côté des injections de calomel. Cependant, un mois après, quand on pratiqua l'autopsie, des sections minutieusement faites au niveau des piqûres ne purent faire découvrir la moindre trace de foyers laissés par celles-ci.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 avril.

M. *Verneuil* lit un travail sur l'**influence que certaines maladies du foie peuvent avoir sur la production des épistaxis** et sur la **guérison des épistaxis de ce genre par l'application de vésicatoires sur l'hypochondre droit.** Le professeur rappelle sa prédilection bien connue pour les points de pathologie externe qui confinent à la médecine et souvent se confondent avec elle. L'épistaxis est un des accidents morbides de cet ordre. M. Verneuil reconnaît qu'il n'a pas été le premier à soupçonner les rapports entre l'état du foie et l'hémorrhagie nasale. M. L. H. Petit, bibliothécaire-adjoint à la Faculté, a exhumé, en effet, le passage suivant de Galien : Les grandes ventouses appliquées sur les hypochondres arrêtent les hémorrhagies nasales. Lorsque le sang coule par la narine droite, il faut les mettre sur le foie... Les épistaxis qui ne sont causées ni par une blessure, ni par un corps étranger, ni par un néoplasme des fosses nasales ou du pharynx doivent être considérées comme symptomatiques de toxémie ou de dyscrasie. D'où la nécessité de faire dans le traitement la plus large place aux médicaments hémostatiques pris à l'intérieur et de ne compter qu'à titre provisoire sur les moyens physiques, chimiques ou mécaniques. La digitale, le seigle ergoté, le sulfate de quinine ont donné beaucoup plus de succès dans les épistaxis provoquées par les maladies du cœur, des reins, du foie, par les fièvres ou la malaria que la cautérisation directe ou le tamponnement.

Cependant, M. Verneuil cite trois cas dans lesquels tous les moyens médicaux et chirurgicaux avaient échoué et où la guérison suivit presque immédiatement l'application d'un vésicatoire.

Et maintenant, ajoute M. Verneuil en terminant, quelle explication donner à ces succès ? Sont-ils dus uniquement à l'action révulsive du vésicatoire, sans que son point d'application y soit pour quelque chose ? Eût-on aussi bien réussi en le plaçant ailleurs que dans la région hépatique et en irritant un point quelconque du tégument ?

La question est difficile à résoudre. La révulsion à l'aide des vésicatoires n'est pas usuelle dans le traitement des hémorrhagies ; peut-être serait-elle

plus en faveur si on lui connaissait un lieu d'élection pour chaque hémorrhagie. On sait combien le vésicatoire appliqué au-dessus de l'arcade crurale est efficace contre certaines hémorrhagies dépendant de l'ovarite chronique ou de la congestion ovarique douloureuse. On se rappelle qu'Hippocrate recommandait les ventouses contre les hémorrhagies internes, et que Galien combattait l'épistaxis à l'aide du même moyen appliqué aux hypochondres ; de sorte qu'en réunissant tous ces renseignements épars, on est autorisé à appliquer généralement la révulsion juste au niveau de l'organe malade ou dans une région reconnue réflexogène. D'où ces deux conclusions : 1° Les affections latentes et encore bénignes du foie peuvent provoquer ou entretenir des épistaxis rebelles ; 2° La révulsion obtenue à l'aide d'un large vésicatoire sur l'hypochondre droit paraît le meilleur moyen de guérir les hémorrhagies de ce genre.

L'observation clinique montre que, dans l'immense majorité des hémorrhagies de nature septique, il existe une lésion du foie. De même M. Verneuil a constaté que, dans les tumeurs ulcérées du sein, qui donnent rarement lieu à des hémorrhagies, lorsqu'il se produit des hémorrhagies, le foie est presque toujours malade.

M. *Colin* (d'Alfort) dit qu'il faut chercher plus haut la cause des hémorrhagies; ce n'est pas le foie, mais le cœur qui doit être mis en cause; c'est du cœur que dépend l'hypertrophie du foie. Tous les physiologistes savent qu'il existe un *pouls veineux* plus ou moins marqué qui s'exagère quand il y a gêne du retour du sang dans le cœur. Dans ses expériences sur les animaux vivants, M. Colin a vu, sous l'influence de cette gène du retour du sang dans le cœur, le pouls veineux se manifester jusque dans les veines du cerveau, et des hémorrhagies incoercibles se produire, tant que la gêne circulatoire persiste, par suite de l'augmentation de la tension vasculaire.

Quant à la révulsion, c'est une erreur de croire que plus on la fait près du siège du mal, plus elle est efficace. Loin d'atténuer l'irritation de l'organe, la révulsion l'exagère au contraire, comme cela se voit lorsque, dans la congestion du cerveau, par exemple, on applique les révulsifs à la région cervicale.

M. *Dujardin-Beaumetz* est d'avis que l'on peut donner une explication scientifique très satisfaisante des faits énoncés par M. Verneuil. En effet, la physiologie moderne, renouvelée de Galien, nous apprend que le foie est un organe hématopoiétique ; donc la maladie du foie produit l'altération du sang par suite de la suppression de l'hématopoïèse. En second lieu, les affections du foie retentissent sur le cœur, à l'inverse de l'opinion de M. Colin, qui veut que la gêne de la circulation cardiaque donne naissance à l'hypertrophie du foie. Enfin, on sait que les maladies du foie donnent lieu à une altération particulière des capillaires sanguins, et, comme la muqueuse pituitaire est de toutes les membranes muqueuses celle qui possède le réseau capillaire le plus riche, c'est elle qui devient le siège des hémorrhagies.

M. *Verneuil* répond à M. Colin qu'il connaît bien, pour les avoir particulièrement étudiées, les hémorrhagies chirurgicales d'origine cardiaque ; mais de ce que le cœur est la cause de certaines hémorrhagies, il ne faut pas en conclure que toutes les hémorrhagies proviennent des lésions cardiaques ; il existe des hémorrhagies secondaires dans la production desquelles le cœur n'entre pour rien et dont l'unique facteur est la lésion hépatique.

Quant à la révulsion, M. Verneuil n'admet pas, avec M. Colin, qu'elle doive être toujours appliquée loin de l'organe malade : il n'admet pas non plus que l'action révulsive soit sous la dépendance de la communauté des rapports circulatoires entre les parties ; il convient, en effet, d'avoir égard aux influences réflexes, et, suivant M. Verneuil, le rôle du système nerveux est ici beaucoup plus considérable que celui du système circulatoire.

M. Verneuil, répondant ensuite à M. Dujardin-Beaumetz, déclare qu'il ignore absolument l'influence des altérations du foie sur les dyscrasies et sur l'altération des capillaires sanguins. La science est loin d'être fixée à ce sujet ; le plus sage, suivant lui, est d'accepter le fait clinique des hémorrhagies liées à un état d'altération du foie, sans chercher à expliquer ce qui est encore inexplicable dans l'état actuel de la science.

M. *Colin* (d'Alfort) lit un travail sur la **contractilité de l'estomac** sur lequel nous reviendrons ultérieurement.

MÉDECINE PRATIQUE

La tuberculose urinaire.

La localisation de la tuberculose sur l'appareil urinaire, — qu'elle l'affecte primitivement ou secondairement, —, est assez souvent méconnue ; quand on la dépiste, elle donne parfois la clef du dépérissement rapide de certains tuberculeux qui ne présentent que des lésions pulmonaires peu accentuées. Elle requiert en outre des soins spéciaux. Il est donc utile, au point de vue du pronostic, comme à celui de la thérapeutique, de la rechercher et il y a profit à résumer plusieurs importants travaux récents sur cette question.

Dans une clinique faite l'an dernier, M. Jaccoud citait trois malades qui représentaient toutes les modalités que la tuberculose urinaire peut affecter dans ses rapports chronologiques avec la tuberculose pulmonaire.

Dans la majorité des cas, la tuberculose urinaire est postérieure à l'altération des poumons.

Elle peut aussi se développer primitivement.

Il est plus rare que l'infection attaque simultanément les appareils respiratoire et urinaire.

Il faut encore citer, à titre d'éventualité possible, l'évolution isolée d'une tuberculose rénale ou vésicale jusqu'à la fin sans lésion pulmonaire ; quelques faits de ce genre ont été relatés par Rosenstein et Israï. Mais Gaultier qui, dans une thèse passée en 1882, a réuni 50 cas de tuberculose urinaire, a relevé

43 fois la tuberculose simultanée des poumons et autres organes.

L'infection tuberculeuse des voies urinaires peut débuter par les reins ou par la vessie ; l'uretère n'est jamais affecté primitivement (Collinet, Th. de Paris, 1883), mais à un moment donné, presque tout l'appareil urinaire est simultanément lésé.

I. *Tuberculose vésicale.*

La tuberculose de la vessie a été le sujet d'une thèse de M. Auguste Boursier, ancien interne de M. Guyon.

La tuberculose de la vessie, nous dit M. Boursier dans ses conclusions, est primitive ou secondaire. Elle peut être la première et rester la seule manifestation de la tuberculose chez un individu. Dans beaucoup de cas, il semble qu'une inflammation simple de la vessie ait été le point d'appel de la localisation des bacilles sur cet organe. Mais la contagion par les rapports sexuels, qui a été invoquée par certains observateurs, est impuissante à expliquer les cas de tuberculose vésicale primitive.

La tuberculose qui envahit la vessie des sujets ayant déjà des lésions tuberculeuses des poumons, frappe auparavant, simultanément ou postérieurement le rein et les organes génitaux.

A ce propos, disons que dans une thèse toute récente, notre ami et collègue M. Cayla s'est préoccupé d'élucider par quel point de l'appareil uro-génital la tuberculose pénètre et comment, une fois qu'elle y a pénétré, elle s'y développe et y progresse.

Ses conclusions sont que l'appareil urinaire est le premier envahi par la tuberculose. L'infection du rein se fait par le courant sanguin et les lésions débutent par le glomérule. C'est là, comme nous le rappellerons plus loin, un point qui a été parfaitement mis en lumière par R. Durand-Fardel. Cayla pense que dans les conditions normales de la circulation, et peut-être même toujours, l'infection bacillaire suit le courant de l'urine, tandis que dans l'appareil génital l'infection remonte le cours du sperme. Cependant, la propagation de la tuberculose de la vessie à l'uretère et de là au rein, en amont du cours de l'urine, paraît démontrée; nous reprendrons ce point à propos de la tuberculos rénale.

Revenons à la tuberculose vésicale.

Si la tuberculose vésicale s'observe dans les deux sexes, on a noté pourtant qu'elle était plus fréquente chez l'homme et c'est chez des individus de 15 à 40 ans qu'elle a été le plus souvent rencontrée.

Nous serons bref sur l'anatomie pathologique. Toutes les tuniques de la vessie peuvent être lésées par la tuberculose ; on y trouve à la fois les lésions spécifiques, granulations grises et granulations caséifiées, ulcérations tuberculeuses, et les lésions ordinaires de l'inflammation.

Les points de prédilection des lésions tuberculeuses sont la région du trigone, surtout le voisinage du col et l'embouchure des uretères, et en ces points elles sont toujours plus avancées que dans les autres. On peut même dire que c'est au niveau du col surtout que débute la tuberculose.

M. Boursier résume ainsi la symptomatologie de la tuberculose.

Au début, elle se manifeste par des symptômes de congestion, puis surviennent les hématuries, et de bonne heure la cystite. Les mictions sont fréquentes, impérieuses, difficiles, douloureuses.

La douleur doit particulièrement être étudiée. Elle est produite surtout par la miction ; mais elle est provoquée aussi par les mouvements, la pression de l'hypogastre, le toucher rectal ou vaginal, le cathétérisme. Elle n'est pas modifiée par le repos.

La douleur est souvent accompagnée d'un spasme du col et de la région membraneuse, et c'est à ce spasme que doit être attribuée, dans la plupart des cas, la rétention d'urine.

Consécutivement à la rétention peut survenir l'incontinence d'urine, soit qu'il y ait incontinence par regorgement, soit que le col vésical, détruit par l'infiltration et l'ulcération tuberculeuse, ne puisse plus s'opposer à l'écoulement de l'urine.

Les caractères des hématuries sont d'être en général peu abondantes, de se produire au début de la maladie sous l'influence de la congestion circumtuberculeuse ; elles ne sont pas modifiées par le repos ; à la période d'état, l'hématurie ne consiste plus qu'en des stries sanguinolentes qu'on trouve dans le fond du vase au milieu d'un dépôt purulent plus ou moins accentué, suivant qu'il existe simplement de la cystite ou qu'il y a de la pyélo-cystite. Les urines sont en général excrétées en quantité normale ; mais on peut constater de la polyurie avec alternatives d'urines claires et d'urines troubles.

Le diagnostic de la tuberculose vésicale est parfois fort difficile ; l'ensemble des symptômes, l'évolution doivent être pris en considération. La cystite blennorrhagique l'affection calculeuse, les cystalgies des névropathes, les tumeurs de la vessie devront être discutées suivant la prédominance de l'élément douloureux, des hématuries ou des troubles de la miction. Le seul signe pathognomonique est la constatation de bacilles de Koch dans l'urine ; mais leur recherche est délicate, car ils sont peu nombreux et disséminés dans de grandes quantités d'urine. M. de Gennes a formulé à ce sujet d'excellentes recommandations (1). On emploie la méthode de coloration d'Ehrlich. Il faut recueillir l'urine de la dernière partie de la miction, la laisser reposer plusieurs heures ; le dépôt formé, on enlèvera avec une pipette ou un siphon la partie supérieure du liquide de façon à ne laisser au fond du verre que le dépôt où se trouveront réunis dans le pus les bacilles et les autres éléments figurés. On prendra alors un peu du dépôt avec une pipette et on l'étalera en couche très mince sur une lamelle. Après la coloration par la solution d'Ehrlich, la décoloration par l'acide nitrique doit être faite très complètement pour ne pas risquer de confondre avec les bacilles d'autres bâtonnets qui auraient pu rester colorés. Il faut avoir fait un assez grand nombre de lamelles avec du liquide pris en différents points du dépôt, et examiner chacune d'elles très minutieusement. Il est arrivé maintes fois qu'on n'ait pas trouvé de bacilles dans une urine, parce qu'on s'était découragé trop vite. La constatation de bacilles nombreux dans une préparation est un fait exceptionnel. Quelquefois on a peine à en trouver deux ou trois. Il est surtout difficile de constater les bacilles au début lorsqu'il n'y a pas encore d'ulcération de la vessie, et à une période plus avancée, lorsque les urines laissent au fond du vase un dépôt visqueux et filant ou qu'elles ont subi la transformation ammoniacale.

(1) Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1885.

Nous avons pensé qu'il était utile de rappeler les détails de cette technique ; mais peu de praticiens peuvent le faire ; aussi les antécédents du malade, l'examen de sa poitrine, de ses organes génitaux sont-ils d'ordinaire les seuls éléments de diagnostic. M. Boursier émet la formule suivante : « Toute cystite spontanée, se prolongeant indéfiniment malgré un traitement rationnel, est, dans la plupart des cas, une cystite tuberculeuse. »

La tuberculose vésicale primitive peut être longue ; il n'est pas raro d'observer des périodes d'accalmie de plusieurs années. Son pronostic n'en reste pas moins grave, puisqu'on peut toujours redouter la dissémination des tubercules dans les poumons, les reins, les testicules.

La tuberculose vésicale secondaire évolue naturellement bien plus vite ; en imposant des souffrances vives aux tuberculeux, elle avance l'échéance fatale.

(*A suivre.*)

P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Intérêts professionnels.

Les services de chirurgie des hôpitaux de Paris. — Le recrutement des chirurgiens du Bureau central.

Depuis un certain nombre d'années, 10 à 15 au moins, tous les ans deux places, quelquefois quatre étaient mises au concours, et un nombre égal de jeunes chirurgiens entrait en fonctions. D'autre part, la réorganisation de l'enseignement supérieur de la médecine augmentant le nombre des prosecteurs, créant les chefs de cliniques, avait préparé une pépinière de travailleurs prêts à mettre leur talent au service de nos hôpitaux. Il y a quelques jours une affiche officielle est posée, et on y voit qu'une seule place de chirurgien du bureau central est mise au concours pour cette année. Quelques paroles prononcées par un employé supérieur de l'Assistance publique font même craindre que ce concours de 1887 fini, on n'en fasse point d'autre avant 1890 ou 1891 !! De là grand émoi, bien compréhensible d'ailleurs, parmi nos jeunes confrères qui, après avoir consacré de nombreuses années à la préparation du concours, voient tous leurs efforts stérilisés, tous leurs sacrifices inutiles. Nous avons pensé qu'il pouvait être intéressant d'examiner sans parti pris cette question délicate, de rechercher quelles sont les causes de la thrombose actuelle qui se produit dans l'écoulement des aspirants à la chirurgie, et de voir s'il y aurait des moyens d'améliorer la situation de façon que tous, candidats, chirurgiens titulaires, et surtout les malades de nos services hospitaliers, y trouvent leurs avantages. Il serait bien téméraire à de modestes journalistes de vouloir imposer une opinion personnelle dans ces questions très difficiles de haute organisation ; aussi nous ne donnons à nos lecteurs que le produit de conversations que nous avons eues ces jours derniers avec les intéressés et nous ne nous plaçons, pour traiter cette question, qu'au point de vue des avantages de la chirurgie française en général et de la chirurgie parisienne en particulier. Nous posons d'abord en principe qu'il n'appartient pas au jeune docteur, diplômé tout frais, de se proclamer chirurgien. Notre législation ne s'y oppose pas, il est vrai, mais nos anciens n'avaient peut-être pas tort en créant un diplôme spécial de docteur en chirurgie. Cette branche de l'art de guérir, en effet, réclame de la part de celui qui veut l'exercer un ensemble de connaissances spéciales, il lui faut une certaine habileté de main, un sang-froid à toute épreuve, une rapidité de décision parfois considérable ; toutes ces qualités ne s'acquièrent pas en un jour. L'internat, qui est pour ainsi dire l'Ecole polytechnique de la médecine et de la chirurgie, ne donne que des notions, importantes il est vrai, mais encore insuffisantes.

Ceux qui veulent devenir chirurgiens doivent consacrer plusieurs années à se perfectionner dans l'étude de l'anatomie, de la médecine opératoire, de la clinique chirurgicale ; ils ne doivent pas même négliger le laboratoire qui éclaire si souvent les questions difficiles relatives aux tumeurs, aux maladies infectieuses, etc., etc.

Ces diverses connaissances ne s'acquièrent pas sans un travail assidu, et ceux qui s'y consacrent ne le font que parce qu'ils ont la légitime espérance d'arriver un jour au but désiré.

Nous savons de plus, et c'est là un argument qu'ils pourraient faire valoir, que ces études prolongées, cette succession de concours causent à un grand nombre une perte de temps, dont ils ne se plaignent pas d'ailleurs, préjudiciable à leur bien-être à venir. Aussi ils se sont émus cette année, ils se sont demandé avec anxiété si nul ne leur tiendrait compte des 4, 6, 8, 10 années consacrées à l'étude, si les quelques qualités qu'ils se sont efforcés d'acquérir resteront fatalement stériles devant un changement de règlement. On nous a dit qu'ils se proposaient de faire quelques représentations modestes aux autorités, de demander qu'au moins on arrange les choses pour que deux places par an, comme par le passé, jamais plus, leur fussent assurées ; et savez-vous combien ils sont à faire ces modestes réclamations ? 28 à 30 ! C'est-à-dire qu'ils se condamnent encore implicitement à de longs labeurs.

Mais comment se fait-il qu'aujourd'hui il y ait tant de candidats, tandis qu'il y a seulement un quart de siècle, on ne voyait que 5 à 6 compétiteurs pour une ou deux places ? Il serait long de rechercher les causes de ce changement et de les étudier à fond. Mais ce qui est certain, c'est qu'il y a un défaut d'équilibre entre l'offre et la demande. Si nous ne craignions de blesser nos jeunes confrères, nous dirions que s'il y a peut-être un trop grand nombre de candidats, il y a là le même phénomène qui se produit dans la répartition des médecins sur le territoire français ; ils s'entassent dans les villes, et des campagnes populeuses, riches parfois, n'ont plus de médecins.

Nous n'irons pas jusqu'à dire qu'il faut afficher des instructions pour détourner les jeunes internes des hôpitaux du goût pour la chirurgie ; loin de nous ces façons tudesques.

Nous demanderons seulement si les candidats modernes ont tous bien compris l'engrenage scientifique par où ils devaient passer, l'échelle régulière qu'ils devaient gravir pour faire des chirurgiens éclairés, instruits et bons praticiens. Ils nous répondront que certains sont bien arrivés sans passer par toutes ces épreuves ; (ceux-là nous les plaignons sincèrement), que des juges de concours ont souvent dit qu'on ne demandait pas des savants, mais des praticiens. Ces raisons nous touchent peu et

nous croyons qu'il est à l'avantage et à l'honneur de notre cité. d'avoir les hommes les plus instruits théoriquement et pratiquement pour diriger ses établissements hospitaliers.

Une ancienne et louable coutume poussait les internes qui se destinaient à la chirurgie à concourir pour les fonctions d'aide d'anatomie, puis de Prosecteur de la Faculté ou de l'amphithéâtre des hôpitaux. Là ils se fortifiaient par un puissant enseignement et pénétraient tous les secrets de la gymnastique opératoire. Chaque matin on les voyait, deux par deux, parcourir les services des hôpitaux, s'exercer au diagnostic du *cas difficile*, et complèter ainsi leurs notions de clinique. L'enseignement de l'anatomie finissait par demander trop de temps et l'éducation clinique s'en ressentait. On avait créé, il y quelques années, les places de Chef de Clinique ; c'était un nouveau débouché provisoire sur lequel se dirigèrent les candidats. Nous croyons même que les prosecteurs auraient toujours bien fait d'essayer de passer par le clinicat ; leur temps d'exercice à la Faculté n'est-il pas trop long ? Aujourd'hui il importerait que le nombre des places de chef de clinique fût proportionnel à celui des places de prosecteur ; la succession des fonctions est toute naturelle et assure une instruction solide. Mais nous avons poussé nos recherches plus loin : comparant nos services chirurgicaux, leur fonctionnement, leur tenue à ceux de l'étranger, nous avons cru qu'ils seraient susceptibles d'amélioration. Déjà l'Assistance publique est entrée dans la voie des réformes en créant quelques nouveaux services. Certains, en effet, étaient beaucoup trop considérables, et malgré le dévouement et l'abnégation des chefs de service, le traitement des malades subissait parfois des retards regrettables.

Un service de chirurgie ne doit contenir guère plus de cinquante lits et il en est qui en ont plus de 80 !

Il est, dans les hôpitaux d'enfants, des affections, comme le mal de Pott, la coxalgie, qui sont traitées dans des services de médecine et qui auraient tout avantage à être soumises à la surveillance du chirurgien et à son intervention. Un chirurgien des hôpitaux, très expert il est vrai, est seul chargé de la consultation orthopédique du Bureau central ; là on voit défiler les ankyloses vicieuses, les pieds bots invétérés, les moignons douloureux, les déviations rachitiques des membres ; l'administration dépense des sommes considérables à l'achat d'appareils qu'il faut réparer souvent ou remplacer et un certain nombre de ces malades pourraient être efficacement soulagés par une intervention plus active.

Nous vivons dans un temps où la science, faisant des progrès continuels, a ouvert des branches spéciales. Pourquoi les jeunes chirurgiens des hôpitaux n'entrent-ils pas franchement aussi dans la voie des spécialités ? Ils devraient comprendre qu'il y va là de leurs intérêts les mieux compris et, nous disons plus, il y va des intérêts de la science française. Pourvus de solides principes de chirurgie générale, ils seraient beaucoup plus à même qu'un docteur quelconque de cultiver qui la gynécologie, qui les voies urinaires, qui l'ophthalmologie, qui la chirurgie orthopédique ou encore les maladies du larynx, de l'oreille et du nez. Le domaine de la chirurgie générale ne serait pas notablement rétréci pour cela. Les jeunes concurrents pour la chirurgie et même les jeunes chirurgiens ont, jusqu'ici, reculé pour la plupart devant l'étude pratique de ces diverses branches ; s'ils voulaient suivre notre conseil, ils devraient, au contraire, ne pas les mépriser, s'unir ensemble pour dépenser leur jeune activité dans une sorte d'enseignement *polyclinique* dans lequel chacun trouverait sans aucun doute à développer ses goûts particuliers ; et au point de vue de leurs intérêts temporels ils bénéficieraient d'une partie de ce que font ceux qui se sont donné beaucoup moins de mal qu'eux pour se faire une position ou s'attribuer un titre qui n'a pour fondement aucune base officiellement constatée.

Mais quittons ces aperçus, que nous livrons à la méditation des intéressés, et revenons aux services des hôpitaux. Un des chirurgiens les plus éminents par son talent et sa situation dans l'enseignement nous développait récemment des vues, que nous allons exposer le plus brièvement possible. Il y a, nous disait M. le professeur Trélat, 35 à 40 services de chirurgie dans les hôpitaux de la ville de Paris ; il y a 15 à 18 chirurgiens du Bureau central non placés actuellement ; certains services sont trop grands, les remplacements pendant l'été très difficiles à bien exécuter, même aux plus zélés ; il faudrait que dans chaque service il y eût un chirurgien titulaire et un chirurgien assistant ou adjoint. Les assistants nommés pour un temps qui serait à déterminer, mais au minimum pour cinq ans, seraient chargés de suppléer le chirurgien titulaire dans ses fonctions quand sa santé l'obligerait à prendre quelque repos ; pendant les vacances de l'été, ils seraient les suppléants naturels, et l'on ne verrait plus les chirurgiens du Bureau central obligés de faire parfois en même temps deux et trois services. La consultation du Bureau central n'aurait plus lieu d'exister, elle serait faite dans chaque hôpital par l'assistant ; à mesure qu'un titulaire arriverait à l'âge de la retraite, un assistant, d'après un ordre déterminé soit par l'ancienneté, soit par tout autre mode de désignation, deviendrait titulaire à son tour.

Il est certain que tous ces changements sont plus faciles à écrire sur le papier qu'à réaliser du jour au lendemain ; mais il nous semble qu'ils devraient au moins faire l'objet d'une étude sérieuse et désintéressée. Il existe, d'ailleurs, actuellement, un certain nombre de chirurgiens du Bureau central non placés, qui formeraient une phalange d'Assistants d'élite, et nous ne doutons pas qu'on ne puisse en quelques années arriver à former le cadre complet de cette nouvelle institution qui donnerait un nouvel éclat à la chirurgie française et assurerait aux hôpitaux de Paris un recrutement chirurgical hors ligne, que toute nation aurait à nous envier.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE
ET DE GYNÉCOLOGIE

De la version par manœuvres externes.

I. Préambule. — II. Ses indications dans les présentations de l'épaule et du siège. — III. Manuel opératoire. — IV. Difficultés et contre-indications. — V. Conclusion.

(Suite et fin).

L'opération est terminée : La tête est ramenée au détroit supérieur ; si elle n'y est pas maintenue artificiellement surtout chez les multipares, elle aura de la tendance à glisser, à reprendre sa situation primitive. Lorsque la femme est en travail et qu'on a réussi à faire évoluer le fœtus, il suffit le plus ha-

bituellement de rompre les membranes pour que l'extrémité céphalique s'amorce d'une façon définitive; lorsqu'on n'est pas autorisé à rompre les membranes, il faut maintenir la tête soit avec la main, soit à l'aide *de la ceinture eutocique* de M. Pinard.

Nous ne pouvons parler en détail des différents moyens préconisés pour maintenir la tête : par Wigand (immobilité de la femme et compression du ventre), par Ellinger (maintien de la tête par les mains d'un aide, du mari !!), par Lazatti (coussins placés sur le lit); il nous suffit de rappeler les essais faits par Hubert (de Louvain) par Grynfellt, par Mattéi, qui proposait de *soutenir artificiellement* l'utérus avec une large ceinture élastique tenant lieu de parois abdominales. C'est en s'inspirant de ses différents essais que notre excellent maître, M. Pinard, a fait construire en 1878 la ceinture eutocique, qui ne possède pas de forme fixe et invariable « en sorte, dit le Dr Dumas, que rien n'est plus facile que de l'adapter, dans chaque cas particulier, à la forme et aux dimensions de l'abdomen et de la mouler, pour ainsi dire, sur la ligne médiane de manière à exercer sur tous les points une pression égale et par conséquent beaucoup plus facile à supporter.

Cette ceinture se compose de trois pièces, une pièce droite et une pièce gauche formant le corps de la ceinture, une pièce intermédiaire formant le complément de la partie antérieure. Les parties postérieure et antérieure sont en coutil baleiné réunies sur le côté par un tissu élastique, en arrière par des boucles avec courroies, en tissu servant à allonger ou à raccourcir la ceinture suivant l'ampleur de l'abdomen, et en avant lacés en croix à l'aide d'œillets en crochets, appelés œillets américains. La bande de lassure est en coutil garni de flanelle et se place sur la paroi abominale avant de fixer définitivement la ceinture. Des sous-cuisses sont placés pour empêcher la ceinture de remonter. A la face interne de cette ceinture sont disposées deux poches latérales en caoutchouc ; elles sont destinées à être distendues par l'insufflation et à former pelote de chaque côté de l'utérus pour le comprimer latéralement et maintenir son grand axe dans la direction verticale ; on peut à volonté distendre l'une ou l'autre de ces poches, suivant que la tête fœtale a de la tendance à filer dans l'une ou l'autre des fosses iliaques.

Lorsqu'on veut appliquer la ceinture après avoir pratiqué la version, il est bon de la passer d'abord sous les reins avant de faire l'opération, de façon à n'avoir qu'à placer le lacet antérieur ; cette ceinture est laissée jusqu'à ce que la tête fœtale soit bien amorcée. Les quelques reproches qu'on a adressés à cette ceinture qui, dans la pratique obstétricale, rend de si grands services, nous paraissent peu fondés ; c'est avec un certain étonnement que nous avons lu la déclaration d'un accoucheur distingué des hôpitaux qui, tout en reconnaissant que cette ceinture est un bon moyen de contention, qui n'est sujet ni à se déplacer ni à se relâcher, déclare qu'il en rejette l'emploi après l'avoir essayé deux fois. Ses deux clientes n'ont pas pu supporter cette ceinture qui les empêchait de dormir et les jetait dans un grand état d'énervement.

Ayant eu au contraire l'occasion d'appliquer cette ceinture un certain nombre de fois, nous n'avons jamais rencontré de femme qui n'ait pu la supporter ; il faut avoir soin, bien entendu, de mettre de l'ouate au niveau des coussins, de n'exercer d'abord qu'une compression modérée, quitte à resserrer graduellement la ceinture jusqu'à ce qu'on ait atteint la pression suffisante, le plus habituellement elle est supportée sans difficulté et soulage même la femme. — Il est bon, lorsque la ceinture est appliquée, d'examiner de temps à autre la femme pour voir si la tête reste bien fixée en bas.

Lorsqu'on n'a pas cette ceinture à sa disposition, on peut avoir recours au bandage de corps conseillé par Hubert, Depaul, Porak : ce dernier accoucheur emploie un bandage de corps qui a 25 et même 30 centimètres de largeur et fait trois fois le tour du corps ; il est nécessaire de surveiller et de resserrer fréquemment ce bandage qui se relâche facilement.

Chez les primipares, la tête est facilement maintenue, il en est de même chez les multipares, lorsqu'on opère de bonne heure. C'est au commencement du neuvième mois qu'il faut recourir à la version céphalique ; il n'y a pas d'ailleurs de date fixe ; c'est à l'accoucheur d'examiner de temps en temps ce qui se passe, d'apprécier le volume et la mobilité du fœtus, la rapidité plus ou moins grande de son développement ; il est dangereux d'attendre que les premières douleurs soient arrivées.

Cependant la version par manœuvres externes peut être utilement employée au début du travail, elle peut toujours être tentée mais avec réserve, quand le col est encore fermé ou en voie d'effacement, que les membranes sont intactes, que les contractions utérines sont régulières et suffisamment espacées — et surtout lorsqu'il n'existe aucune contre indication.

IV

Les difficultés quel'on éprouve à pratiquer la version par manœuvres externes tiennent à des causes diverses : tantôt l'obstacle vient de la paroi abdominale, surchargée de graisse ou présentant une sensibilité exagérée, liée à un état spécial d'hypéresthésie (Tarnier) ou à une névralgie des rameaux cutanés du plexus lombaire. Il importe alors d'agir avec une extrême douceur et sur une surface aussi large que possible ; s'il y a une indication impérieuse de pratiquer la version, on peut avoir recours aux inhalations de chloroforme, aux injections sous cutanées de morphine ou aux lavements laudanisés.

Il suffit de connaître la *douleur ovarique*, bien étudiée par Chaignot, pour éviter toute pression douloureuse au niveau de l'ovaire.

Une difficulté, parfois très sérieuse, tient à l'inclinaison de l'utérus en avant, renversé au devant de la symphyse pubienne, au *ventre en besace* : il est, dans certains cas, presque impossible de relever suffisamment l'utérus pour explorer le détroit supérieur et pour pratiquer les manœuvres nécessaires sans faire beaucoup souffrir la femme.

Certaines tumeurs utérines gênent l'évolution du fœtus, il est alors utile de ne pas insister. On aura toujours soin, avant l'opération, de pratiquer le cathétérisme évacuateur de la vessie, afin que ce réservoir distendu ne masque pas les parties fœtales.

La paroi utérine peut présenter une fermeté, une rigidité qui paralysent l'action de l'accoucheur ; on l'observe surtout lors des contractions du commencement du travail. Il faut alors attendre la fin de la contraction, tout en laissant la main appliquée sur l'utérus de manière à l'accoutumer à leur contact.

Pendant la grossesse, il y a deux sortes de contre-indications à la version par manœuvres externes :

les unes tiennent à ce que la version est inutile, par exemple, lorsque le fœtus est mort, macéré, sans compter qu'elle est alors difficilement praticable ; ou bien lorsqu'il est impossible de maintenir le résultat obtenu par la version ; les autres tiennent à ce qu'il faudrait déployer la violence, par exemple, lorsque la mobilité du *fœtus est supprimée*.

Ce qui s'observe dans quelques grossesses gémellaires, dans certaines présentations du siège à engagement profond, ou lorsqu'il n'existe qu'une très petite quantité de liquide amniotique.

Un obstacle très intéressant consiste dans une cloison médiane plus ou moins complète de l'utérus, empêchant le fœtus d'évoluer ; malgré les difficultés de ce diagnostic, il peut être fait; nous l'avons vu poser, une fois entre autres, par M. Pinard qui, jugeant inutile de nouvelles tentatives pour ramener la tête en bas, se contenta de transformer une présentation de l'épaule en présentation du siège. L'examen des membranes après l'accouchement, montra qu'il existait bien une cloison divisant la cavité utérine.

L'hydropisie de l'ammios constitue une contre indication pendant la grossesse, soit qu'elle s'oppose par la distension de l'œuf à la réussite des manœuvres extérieures, soit que la version une fois faite, on ne puisse lutter contre la mobilité du fœtus. Au contraire, au moment de l'accouchement, il est parfois utile dans les cas d'hydropisie de l'amnios, d'amener la tête au détroit supérieur, de rompre les membranes et de rendre ainsi la présentation fixe et définitive.

Pendant le *travail*, la version céphalique est contre indiquée lorsque le liquide amniotique est entièrement écoulé ou lorsque l'utérus est le siège de contractions trop fréquentes, ou bien lorsqu'une prompte terminaison de l'accouchement est jugée nécessaire. C'est ainsi qu'en présence d'une hémorrhagie grave, de convulsions éclamptiques, d'accidents gravido-cardiaques, de procidence du cordon, etc., il ne faut pas s'attarder à faire la version par manœuvres externes, et il faut recourir à des moyens plus expéditifs.

En résumé, les contre indications de la version par manœuvres externes sont peu nombreuses ; nous les avons exposées en détail afin de limiter le champ de cette opération et pour qu'on sache y renoncer de prime abord dans des cas où elle ne devrait pas être tentée.

Cette opération, pratiquée d'après les règles indiquées qui ont pour base la douceur et la patience, est-elle dangereuse ? Nullement ; sans doute on a dit que les manœuvres pourraient amener du décollement placentaire, une rupture prématurée des membranes, favorisaient la procidence du cordon, exposaient même à la rupture utérine, et à la transformation d'une présentation du siège en présentation transversale ; or, dans la discussion qui a eu lieu à la Société obstétricale, aucun fait à l'appui de ces arguments n'a été apporté. M. Porak déclare même que malgré des manœuvres un peu vigoureuses exercées dans un ou deux cas, les femmes n'ont pas gardé d'endolorissement et il n'y a pas eu de travail prématuré.

Je ne sache pas d'ailleurs qu'aucun fait d'accident lié à la version céphalique ait été publié.

V

Nous ne saurions mieux faire, pour terminer que de citer ces éloquentes paroles du Dr Dumas : « La version céphalique par manœuvres externes, faite avec les soins et la prudence convenables, ne saurait entraîner par elle-même aucune conséquence fâcheuse ni pour la mère ni pour l'enfant. Elle se borne, en effet, à des manœuvres absolument inoffensives, à donner à celui-ci une situation telle que, toutes choses égales d'ailleurs, l'accouchement ne peut qu'en être rendu plus facile et plus prompt. Si maintenant, nous comparons l'innocuité absolue de l'opération aux conséquences qu'entraîne son omission, nous n'avons même pas besoin de statistique pour établir d'une façon irréfutable de quel avantage sera son emploi toutes les fois qu'il sera de mise. En effet, vous connaissez déjà le pronostic défavorable qui accompagne les présentations du siège et surtout les présentations de l'épaule, auxquelles aboutira forcément le travail si la version par manœuvres externes n'a pas été faite. Ajoutez-y les dangers de la version podalique, seule ressource encore praticable quand on trouve l'épaule déjà engagée et l'embryotomie quand ce dernier moyen ne peut même plus être tenté et vous serez suffisamment édifiés sur l'importance des services que peut rendre cette opération préventive.» Aussi, nous paraîtrait-il plus rationnel d'adopter la ligne de conduite proposée par MM. Doléris et Porak, qui est celle de la majorité des accoucheurs français, qui devrait être celle de tous les praticiens et qui se résume ainsi : « Tenter la version céphalique et la réaliser toutes les fois qu'on peut l'effectuer sans violence ».

G. Lepage.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Grias, à Pont-Aven, présenté par le docteur Le Moaligon, de Quimperlé (Finistère).

M. le Dr Ledoze, à Clohars-Carnoët, présenté par le même.

NOUVELLES

Service médical de colonisation en Algérie

Sous ce titre fonctionne, depuis longtemps, dans notre principale colonie, un service qui a été institué en vue d'assurer aux indigents des secours médicaux gratuits.

Le personnel comprend une centaine de médecins qui sont divisés en cinq classes auxquelles correspondent des traitements variant de 3,000 à 5,000 fr. Les titulaires des circonscriptions médicales ont, en outre droit au logement ou à une indemnité représentative fixée à 500 francs. A ces allocations fixes peuvent s'ajouter des honoraires provenant tant de la clientèle payante que de services spéciaux tels que vacations judiciaires, police des mœurs, service médical des hôpitaux etc. Toutefois, ces avantages varient notablement d'une localité à l'autre. Presque nuls dans certaines circonscriptions où la population européenne est noyée dans l'élément indigène, ils ont dans d'autres une réelle importance.

Les médecins de colonisation sont choisis par le gouverneur de l'Algérie parmi les docteurs en médecine n'ayant pas dépassé 35 ans; mais la limite d'âge est portée à 40 ans pour ceux qui comptent 5 ans de service militaire.

Nous avons cru utile de donner ces renseignements sommaires sur une institution qui est si peu connue en France. Ceux de nos lecteurs qui désireraient avoir des indications plus complètes les trouveront dans le décret du 23 mars 1883, qui a réorganisé le service dont il s'agit.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André, 3

Neuvième année **N° 19** 7 Mai 1887

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

Réunion du Conseil d'administration du 16 avril 1887.

Sont présents : MM. les Drs Cézilly, Gassot, Maurat. M. le Dr Gibert, empêché, s'est excusé.

Le Dr Maurat expose la situation de la caisse :

Avoir disponible au 31 octobre 1886.	461.32
Rentes et coupons touchés depuis cette époque..................	443.99
Dons à la Société civile..................	468.40
Total......	1.373.71
PASSIF	
Frais du banquet du 7 nov. 1886....	400.00
Versement du don voté à la caisse des pensions..................	200.00
Jetons de présence et déplacements.	105.00
Total......	705.00
Balance en faveur de l'actif. 668.71	
CAPITAL NON DISPONIBLE	
Avoir au 31 octobre 1886..................	31.061.98
43 adhésions nouvelles à la Société.	427.30
Total....	31.489.28

Le conseil décide l'achat d'une obligation foncière pour l'emploi des fonds disponibles.

Le conseil s'occupe ensuite des questions portées à son ordre du jour.

Le projet de revision de la législation subit malheureusement en ce moment une stagnation forcée contre laquelle nous n'avons que peu d'action.

Chacun sait que le projet de loi déposé sur le bureau de la Chambre par notre honorable confrère le Dr Chevandier avait été pris en considération, mais il n'en serait pas moins tombé en déchéance et aurait disparu avec l'ancienne législature si le gouvernement, représenté par M. Lockroy, n'avait déposé un nouveau projet. Ce projet, très différent du nôtre, et inacceptable à notre avis sur bien des points, a eu du moins ce bon résultat que la Chambre reste toujours saisie de la question et qu'il ne peut manquer d'être mis un jour en discussion.

Le conseil décide que la Société fera les frais d'impression et d'envoi, à tous les membres du Concours, d'un questionnaire sur la situation des médecins en France. Ce questionnaire est destiné à être mis sous les yeux de la commission parlementaire.

La question d'organisation des pupilles du corps médical occupe également le conseil ; elle fait des progrès et tout fait espérer que cette œuvre éminemment bonne et confraternelle pourra vous être présentée dans tous ses détails à notre prochaine réunion générale.

Le conseil décide que la prochaine réunion aura lieu à la fin de juillet prochain ou au commencement d'août.

Caisse de prévoyance des assurés sur la vie, membres du Concours médical.

Avoir au 31 octobre 1886 :		
Portefeuille..................		7.838.15
Espèces en Caisse..................	80.90	
Recettes diverses et coupons depuis cette époque..................	141.91	
	222.81	
Total général......		8.060.96

Un membre n'ayant versé que 3 primes a fait une demande de secours.

Le conseil, considérant qu'il ne remplit pas les conditions prévues par les statuts, se voit, à regret, obligé d'écarter sa demande.

Le conseil repousse, pour la même raison, la demande d'un second membre qui réclame les secours de la caisse, mais a contracté une assurance mixte (assurance à capital accumulé).

Il décide cependant qu'il sera offert à ce confrère, à titre de secours, une somme égale au capital versé à la caisse par la compagnie au sujet de son assurance.

Il n'y a, par conséquent, pas lieu de voter l'emploi des espèces métalliques en caisse qui resteront disponibles dans ce but.

Le secrétaire trésorier,

Dr Maurat.

LA SEMAINE MÉDICALE

Mort du professeur Gosselin.

Depuis plusieurs semaines les élèves et les amis de M. Gosselin s'attendaient à un dénouement fatal et prochain. Il a succombé samedi dernier à l'âge de 71 ans. Nul n'ignore la place considérable qu'il a tenue dans la chirurgie française contemporaine. Plusieurs de ses ouvrages, notamment ses Cliniques de la Charité, son Etude sur les Hémorrhoïdes, sont des modèles. Depuis qu'il avait pris l'honorariat de la Faculté, M. Gosselin avait occupé le fauteuil de Président de l'Académie des sciences.

L'Institut Pasteur reconnu d'utilité publique.

Le conseil d'État vient de rendre un arrêté approuvant le projet de décret, qui lui avait été présenté par M. Lockroy, ministre du commerce et de l'industrie et aux termes duquel l'*Institut Pasteur* est reconnu comme établissement d'utilité publique.

M. Pasteur est, aux termes de cette même décision, nommé « directeur à vie » de l'établissement fondé sous son nom.

Enfin, le décret institue un conseil d'administration composé de onze membres, en outre de M. Pasteur, lesquels sont :

MM. le vice-amiral Jurien de la Gravière, président de l'Académie des sciences ; Bertrand, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences ; le docteur Grancher, professeur à la Faculté de médecine ; Vulpian, professeur à la Faculté de médecine ; Camille Doucet, secrétaire perpétuel de l'Académie française ; Walton, professeur à la Faculté des sciences ; le vicomte Henri Delaborde, secrétaire perpétuel de l'Académie des beaux-arts ; Jules Simon, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences morales et politiques ; Magnin, sénateur, gouverneur de la Banque de France ; Christophle, gouverneur du Crédit Foncier, et le baron Alphonse de Rothschild.

Le conseil d'administration est renouvelable tous les trois ans, mais les onze membres que nous venons de désigner sont rééligibles.

Nous sommes heureux d'ajouter que M. Pasteur est rentré à Paris dans un excellent état de santé et qu'il a pu constater à son retour que, grâce au dévouement de ses collaborateurs, le service des inoculations antirabiques continue à fonctionner parfaitement. La statistique la plus récente, publiée dans le numéro du 25 avril des Annales de M. Duclaux est des plus satisfaisantes.

Des potions pharmaceutiques comme agents de transmission des germes pathogènes.

Un hygiéniste très qualifié nous racontait le fait suivant. Dans une station balnéaire maritime, où sévit, d'une façon endémique, une sorte de dysenterie, notre confrère prescrivit pour un de ses enfants une potion contenant de l'eau distillée de laurier-cerise et se rendit lui-même chez l'un des pharmaciens de la localité pour surveiller l'exécution de sa prescription. Il vit que le flacon étiqueté eau distillée de laurier-cerise était vide ; mais le pharmacien n'en parut pas ému, il aromatisa la potion avec quelques gouttes d'essence d'amandes amères, et acheva de remplir la bouteille avec de l'eau..... de son puits. On comprend l'étonnement de notre confrère et ses craintes ; car il savait pertinemment que le puits en question était mitoyen à une fosse d'aisances non étanche.

Le pharmacien répondit, sans grand embarras d'ailleurs, pour couper court à cet étonnement, que, depuis 40 ans qu'il exerçait la pharmacie, il n'avait jamais acheté d'eau distillée de laurier-cerise, et qu'il y suppléait par le procédé précité. Notre confrère nous ajoutait — nous voudrions bien qu'il se trompât, mais la situation qu'il occupe est telle que malheureusement ses renseignements doivent être exacts — il ajoutait que bon nombre de pharmacies de campagne et même de villes, n'ont jamais ni acheté ni préparé d'eau distillée, et que le bocal sur lequel est apposée cette étiquette rassurante, destinée à tromper l'œil investigateur de l'inspecteur des pharmacies, est d'ordinaire rempli avec l'eau du puits, susceptible d'être infectée par tant de microbes pathogènes. Si cela était, il faut avouer qu'il y aurait dans cette indigne tromperie un élément de comique lugubre. Voyez-vous le médecin prescrivant, pour guérir un embarras gastrique, une potion qui irait, par l'incurie du pharmacien, introduire des bacilles typhogènes dans ce tube digestif admirablement disposé pour les accueillir !

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 mai.

La séance a été levée en signe de deuil à cause de la mort de M. Gosselin.

MÉDECINE PRATIQUE

La tuberculose urinaire.

II. *Tuberculose rénale.*

(Fin.)

La tuberculose, dit M. Gaucher (1), peut agir sur les reins de plusieurs façons différentes. En dehors des cas de tuberculose rénale primitive ou secondaire, miliaire ou caséeuse, on peut observer chez les tuberculeux des néphrites ascendantes consécutives à des lésions vésicales, des néphrites parenchymateuses ou interstitielles, rentrant dans le cadre du mal de Bright, la dégénérescence amyloïde et enfin de véritables néphrites aiguës.

Dans les îlots tuberculeux du rein il existe un vrai processus de néphrite, puisqu'on trouve les cellules des canalicules dégénérées, troubles et atrophiées; on voit sur les coupes des bacilles de Koch, comme on en a trouvé dans l'urine du vivant des malades.

M. R. Durand-Fardel, qui a étudié récemment la tuberculose rénale dans sa forme miliaire aiguë, nous donne les détails suivants : Les granulations, généralement transparentes, siègent surtout dans la partie superficielle du parenchyme, soit immédiatement sous la capsule, soit dans l'épaisseur de la substance corticale. Tantôt elles sont isolées et disséminées, tantôt elles constituent des amas qui affectent la forme pyramidale à base superficielle comme les infarctus ; d'autres fois elles forment des stries blanchâtres, régulières ou moniliformes, suivant manifestement la direction des artérioles. Les bacilles pathogènes peuvent être trouvés dans l'intérieur des vaisseaux, des glomérules, des tubes et dans les espaces interstitiels. On peut même trouver des bacilles dans le bouquet vasculaire du glomérule, alors que les lésions anatomiques n'y sont pas encore apparentes. Il est donc hors de doute que la généralisation de l'infection tuberculeuse aiguë se fait par la voie sanguine.

Barette, dans son excellente thèse d'agrégation, (2) dont le *Concours médical* publiait récemment l'analyse, a résumé avec exactitude le processus tantôt descendant, tantôt ascendant des lésions. « Dans quelques cas seulement les tubercules disséminés, inoculés au rein par la circulation, passent de la granulation miliaire à l'abcès tuberculeux en noyaux disséminés. Ceux-ci peuvent grossir plus ou moins et fournir quelquefois de vastes poches purulentes. Dans quelques cas, ces poches se rétracteront petit à petit pour donner naissance à des amas caséeux. » Quand la néphrite tuberculeuse résulte d'un processus ascendant, « les lésions débutent en général par le sommet des pyramides qu'elles creusent petit à petit en s'étendant vers la substance corticale ; marche absolument analogue à celle des autres néphrites parasitaires. Il se forme d'abord de petits foyers disséminés, plus ou moins nombreux, quelquefois seulement deux ou trois, puis ils grandissent petit à petit et à un moment donné le rein semble être creusé régulièrement par des alvéoles d'abeilles, pleines de pus ou de matière caséeuse. Puis les foyers s'agrandissent, les cloisons qui les séparent s'amincissent et même se détruisent pour réunir plusieurs foyers, et le rein arrive à n'être plus formé que par une vaste cavité cloisonnée. Il suffit alors que l'uretère soit un peu rétréci, et il est parfois oblitéré par des ulcérations, pour que le rein se dilate et forme une vaste poche kystique, cloisonnée, alvéolaire, pleine de pus granuleux, le pus tuberculeux.

L'évolution naturelle de la tuberculose rénale conduit à une période où, le liquide du foyer tuberculeux se raréfiant, il reste des dépôts caséeux circonscrits, rares ou nombreux et disséminés, autour desquels le tissu sain se rétracte, de sorte que le rein semble s'atrophier. Dans quelques cas intéressants, la masse caséeuse très volumineuse prend une consistance tout à fait spéciale, très dure, fort analogue aux calculs du rein. »

Barette, après cette description si précise des principaux aspects anatomo-pathologiques que peut offrir le rein tuberculeux, esquisse le tableau des symptômes qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic de la néphrite tuberculeuse. « Souvent, dit-il, le début des accidents rénaux est signalé par des accès de douleurs lombaires simulant les coliques néphrétiques et survenant quelquefois à l'occasion d'une fatigue. Les besoins fréquents d'uriner, l'ischurie, l'incontinence d'urine qu'on observe quelquefois, se rattachent surtout à la tuberculose vésicale. Mais l'hématurie n'est pas rare. Les urines sont peu abondantes, très colorées, souvent purulentes et fétides ; on y trouve un abondant dépôt de leucocytes, de l'albumine, des débris épithéliaux et des bacilles tuberculeux. Ceux-ci sont souvent très peu nombreux.

On peut, dans quelques cas, sentir à la palpation, la tumeur fournie par le rein doublé ou triplé de volume. Quelquefois même il existe une tumeur liquide occupant tout l'hypochondre. Mais le plus souvent ce signe manque.

En somme, l'hématurie, suivie de l'émission presque continue d'urines purulentes, lorsqu'il y a des signes de tuberculose d'autres organes, les urines bacillaires, tels sont les signes les plus sûrs. » Barette avait à se préoccuper surtout du diagnostic au point de vue des conséquences qui en peuvent découler au point de vue opératoire. Aussi, ajoute-t-il : « Toute la difficulté du diagnostic se montre quand il y a point ou peu de douleur rénale et de tuméfaction. On doit se demander si la lésion est uni ou bilatérale. Il faut alors la plus grande circonspection ; car la clinique nous apprend que, dans quelque cas, où l'on se croyait en présence d'une altération parfaitement

(1) *Pathogénie des néphrites.* Th. d'agrégation 1886.

(2) *Des néphrites infectieuses au point de vue chirurgical,* 1886.

limitée à un seul rein, l'autre était infiltré de tubercules récents ou déjà caséeux. » Pour ces raisons, l'intervention chirurgicale dans les néphrites tuberleuses même terminées par dilatation kystique, abcès multiples ou concrétions caséeuses simulant les calculs, n'aura guère l'occasion de s'exercer.

Nous avons dit que la tuberculose rénale est bilatérale ou unilatérale. Dans ce dernier cas, Rosenstein et Steinthal ont établi qu'elle affecte plus souvent le rein gauche que le droit.

Le diagnostic de la tuberculose rénale est souvent entouré de réelles difficultés. Lorsqu'on a constaté que l'urine émise contient habituellement du sang, du pus, des cellules épithéliales, des cylindres, que le malade accuse des douleurs lombaires, du ténesme vésical, de l'ischurie avec pressant besoin d'uriner, on est seulement en droit de déclarer qu'il est atteint d'une néphro-cystite. Comme le dit M. Jaccoud, dans une clinique de la Pitié, « le signe fondamental le plus valable de tous, c'est l'association de la néphrocystite avec une tuberculose des poumons, avec une tuméfaction ou des douleurs dans les testicules, la prostate ou les ovaires.

La présence des bacilles tuberculeux dans l'urine est pathognomonique ; mais nous renvoyons à ce que nous avons dit à propos de la tuberculose vésicale ; la recherche des bacilles dans les urines est délicate, souvent infructueuse.

La persistance de l'acidité de l'urine, malgré sa purulence, est un signe auquel Rosenstein et M. Jaccoud attachent une grande valeur ; dans les pyuries non tuberculeuses, l'urine est neutre ou alcaline.

Outre le pus et les éléments figurés, on trouve dans l'urine un dépôt grumeleux, floconneux, blanchâtre, dans lequel le microscope fait voir une substance amorphe ou de petits noyaux ; ces flocons, signalés par Rosenstein, ne se dissolvent ni par la chaleur, ni par l'acide acétique, et les acides en général. C'est dans ces flocons qu'on trouve surtout les bacilles.

Il n'est pas rare de voir la tuberculose rénale se compliquer d'hydronéphrose (Leclerc), d'abcès périnéphrétiques (Chauffard). On constatera alors les signes qui sont propres à ces états morbides.

Albuminurie et Phthisie.

Nous avons dit, en commençant, que les lésions des reins des phthisiques ne sont pas toujours tuberculeuses. La fréquence de l'albuminurie chez les phthisiques est assez grande, 24.7 pour 100 d'après Finger ; mais les causes de cette albuminurie sont très variables. D'après Hanot, on trouve la néphrite parenchymateuse associée à la phthisie 7 fois sur 100, la néphrite interstitielle 23 fois et la dégénérescence amyloïde 60 fois (Lecorché). En outre, l'albuminurie peut apparaître chez les phthisiques comme conséquence de la diminution matérielle du champ de l'hématose pulmonaire, qui a pour effet d'entraver les transformations des albuminoïdes (Jaccoud).

Lorsqu'il existe de la néphrite chez un tuberculeux, celui-ci peut présenter de temps à autre des accidents pulmonaires de congestion et de catarrhe bronchique (bronchites albuminuriques de Lasègue) ; et la constatation des signes stéthoscopiques qui en résultent peut gêner singulièrement dans l'appréciation de l'étendue réelle des lésions tuberculeuses et par conséquent fausser plus ou moins son pronostic. C'est affaire au clinicien sagace de démêler la vérité au milieu de variétés presque infinies et qui ne se codifient pas, comme disait Lasègue. Ce qui est certain, c'est que « les complications albuminuriques influent notablement sur la marche de la phthisie pulmonaire, soit qu'elles s'annoncent par des troubles nerveux d'une gravité exceptionnelle, soit qu'elles ajoutent des lésions pulmonaires transitoires aux lésions fixes. Dans ce dernier cas, les hémoptysies se présentent avec des caractères et sous un aspect inusité ; la dyspnée s'exagère, la respiration devient anxieuse par accès. Les lésions tuberculeuses à foyer suspendent ou accélèrent leur évolution ; la maladie désordonnée dans sa marche offre plus de difficultés que jamais à la prévision de ses aventures et de sa durée » (Hanot.)

III. Traitement.

Le traitement de la tuberculose vésicale peut être envisagé au point de vue médical et au point de vue chirurgical. Le premier seul est de notre compétence. C'est d'abord le traitement tonique reconstituant :

Huile de foie de morue, arsenic, l'iodoforme et le tannin, auquel, avons-nous dit, certains expérimentateurs attribuent des propriétés antibacillaires, pourront être essayés avec ménagement.

Contre les symptômes les plus pénibles de la cystite, les opiacés, et les antispasmodiques à l'intérieur ou en suppositoires. Les médicaments hémostatiques n'ont pas grande prise en général sur les hématuries de la tuberculose vésicale.

Quand aucun des moyens médicaux ne réussit à calmer les douleurs et les hématuries, si la tuberculose paraît bien localisée à la vessie et que les organes génitaux soient indemnes, il y a lieu de céder la place au chirurgien qui, ainsi qu'en témoigne M. Boursier, fort de l'expérience de son maître Guyon, peut encore faire quelque chose d'utile. Incision périnéale avec dilatation du col (Thompson), taille sus-pubienne (Guyon) ont pour but la suppression physiologique de la vessie et par suite la disparition des phénomènes congestifs, entretenus par la contraction vésicale. L'incision sus-pubienne permet en outre de modifier localement les lésions tuberculeuses par des cautérisations et des topiques.

Chez la femme, la simple dilatation de l'urèthre et du col vésical ou la production d'une fistule vésico-vaginale ont pu amener du soulagement. Enfin, on a discuté la possibilité d'une cure radicale de la tuberculose de la vessie par intervention chirurgicale précoce.

Les principales indications du traitement de la tuberculose rénale sont les suivantes, d'après M. Jaccoud.

La base du traitement est le régime lacté, mitigé selon les forces du malade ; le lait devra souvent être coupé avec de l'eau de chaux ou une eau minérale alcaline.

Ce régime adoucira déjà souvent les douleurs, et c'est lui qui convient surtout quand domine la néphrite.

Si la cystite est surtout prédominante, repos, bains tièdes prolongés, bains de siège ; évacuation régulière de l'urine. Les bromures de sodium, et surtout de camphre réussissent souvent mieux à calmer les douleurs que les opiacés.

Pour prévenir les effets de la décomposition et de la purulence de l'urine, on peut donner, dit M. Jaccoud, par périodes, le benzoate de soude ou l'acide salicylique, ce dernier surtout, s'il y a de la fièvre. Les balsamiques, comme la térébenthine, ne modifient pas avantageusement le catarrhe symptomatique de la tuberculose urinaire, et il faut les proscrire absolument quand existent des symptômes d'irritation.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

A propos de la Caisse des pensions

Nous avons reçu la lettre suivante que nous nous faisons un plaisir et un devoir de reproduire. M. le Dr Trolard doit savoir où se trouvent ses amis et, au *Concours*, il est certain que ses vivacités passées sont déjà oubliées. Ils ne sont pas communs les esprits disposés à affronter quelques déconvenues, pour étudier les œuvres d'intérêt médical ; nous savons les apprécier.

Alger, 21 avril 1887.

Monsieur le Directeur et très honoré Confrère,

A peine remis de l'effroyable orage qui s'est abattu sur ma tête lundi dernier à Paris — avenue Victoria n° 3 — ; encore tout meurtri par la tempête, dont les autres dieux de l'autre Olympe — faisant probablement cause commune avec ceux de l'avenue Victoria — m'ont gratifié de Marseille à Alger, je trouve, en rentrant chez moi, votre numéro du 16 avril, et j'y lis une vigoureuse réfutation de notre confrère Lande.

Décidément, je suis dans une mauvaise série... !!

Mon confrère n'est pas tendre pour moi ; mais enfin il discute, et je dois lui en savoir gré, car je me plais à reconnaître sa haute et vraie compétence dans la question.

Je ne puis pour le moment entamer et continuer la discussion ; je la reprendrai plus tard si vous le voulez bien. Pour aujourd'hui, je viens simplement vous prier de vouloir bien, dans votre journal, me donner acte des déclarations suivantes :

La principale objection de M. Lande porte d'abord sur le quantum de l'apport de l'Association à la caisse. Cette objection avait déjà été faite par un des membres de notre Société, le Dr Mertz, dans la discussion de mon projet. C'est à la suite de cette discussion que l'article 4 du projet, critiqué par M. Lande, a été modifié ainsi qu'il suit (page 17 du compte-rendu): « Une subvention annuelle sera fournie par la caisse générale de l'Association à la caisse des pensions de retraites. Cette subvention, proportionnée aux ressources constatées, sera votée chaque année par le conseil général. »

M. Lande dit ensuite que jamais l'Association ne consentira à verser cette subvention. Il est évident que ce refus eût entraîné la chute du projet ; mais mon but était d'obtenir cet apport. Mon projet a cela de commun avec tous les projets, c'est que si on lui refuse systématiquement toutes les conditions de réussite, il ne réussira pas.

Enfin, je dois dire à notre confrère que depuis l'élaboration du projet, j'ai entre les mains la preuve de sa réalisation possible, puisqu'une société de Paris, fonctionnant sur les bases que j'ai indiquées, est en pleine prospérité en ce moment (1).

Je compte, Monsieur le Directeur, que vous voudrez bien m'offrir l'hospitalité de votre journal pour reprendre dans quelque temps cette intéressante question que tous ceux qui ne recherchent que la vérité ont à cœur d'approfondir.

S'il m'était démontré que je n'ai été que le jouet d'illusions ou de mirages, je n'hésiterais pas un seul instant à déclarer que je me suis trompé et à me rallier à ceux qui m'auront prouvé qu'ils ont fait pour le mieux.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de mes dévoués sentiments. TROLARD.

II

Courte réplique au Dr Coriveaud sur la question toujours brûlante (2).

MÉDECINS ET PHARMACIENS.

Mon honorable contradicteur commence par constater que mes idées sont assez favorablement accueillies par une fraction importante du corps médical. Cela me suffit.

Il paraît surpris que je me dissimule... *à moitié* (?) derrière un discret monogramme (??). N'aspirant nullement aux palmes du martyre et ne tenant pas à être en butte à la vendetta de toute une puissante corporation, toujours syndiquée... contre nous, je me contente modestement d'un apostolat anonyme.

Si je me pare de mon titre d'inspecteur des pharmacies, c'est tout simplement pour indiquer que, pénétrant, tous les ans, dans un grand nombre d'officines, quoique n'ayant pas été élevé dans le *sérail* comme mon excellent confrère, j'en connais aussi les *détours* et même les *tours*.

Il est sûr que, pour juger le débat, le Dr Coriveaud pourrait être récusé. De même récuserai-je un médecin de laboratoire, un savant, comme le Dr Galippe, qui, dans le *Journal des connaissances médicales*, cherche à résoudre la question et la tranche nettement en faveur des pharmaciens. Cette question ne peut être bien connue que des praticiens de villes de moyenne importance, qui sont à même de connaître tout leur monde et par suite ce qui se passe et comment les choses se passent.

Cependant, les principes sur lesquels s'appuie le distingué Dr Galippe sont les bons, les seuls ; ce sont des principes de liberté. Seulement, il s'arrête en chemin. De liberté, il ne paraît en vouloir que pour le public — c'est très juste — et aussi pour le pharmacien, ce qui ne peut être équitable qu'à la condition de la laisser aussi au médecin.

Car enfin, dans ce problème qui paraît d'une solution si compliquée, n'entrent que trois éléments :

(1) Si M. Trolard fait allusion à une organisation toute récente, nous estimons que l'assimilation n'est pas exacte. Nous serions heureux de connaître le mécanisme de cette œuvre.

(2) Voir le numéro du *Concours* du 9 avril 1887.

le médecin, le pharmacien et le public, et l'intérêt public doit évidemment primer tous les autres. Il ne s'agit pas ici de se dire : il y a des pharmaciens qui vont mourir de faim si, tout en leur laissant pleine et entière liberté, vous n'environnez pas leur monopole de tout un système de bastilles. A tout prendre, — cher Dr Coriveaud, répondez vous-même à ma question, — si des deux professions l'une doit tendre à disparaître, quelle pensez-vous qui survive ? Malgré votre piété filiale, à coup sûr, vous répondrez sans hésiter : De même que le médecin a commencé à exister avant le pharmacien, d'origine relativement récente, de même le médecin est appelé à surnager lors de la grande liquidation sociale. Le pharmacien est un être hybride et doit s'éteindre ou se transformer.

En vain le Dr Coriveaud s'efforce-t-il d'enlourer le monopole des médecins, comme celui des pharmaciens, de toutes les barrières. En vain dit-il à chacun : Tu n'iras pas plus loin ! — Le Dr Galippe, plus en harmonie avec les tendances actuelles, répudie tant de réglementations. Seulement, par une étrange aberration, il veut la liberté pour le public et pour le pharmacien, mais il conserve une bonne muselière pour le médecin. S'il ne demande la liberté que pour le pharmacien, probablement est-ce seulement pour consacrer le fait acquis. Il y a bel âge que MM. les pharmaciens, à cheval sur leur monopole, se sont, par surcroît, adjugé toute liberté à nos dépens !

Avec une grande clairvoyance, le Dr Galippe prévoit qu'un jour viendra, où chacun, contrairement à ce qui se passe aujourd'hui, aura le droit de se soigner et de se médicamenter à sa guise (1), et l'on se demandera alors, en vertu de quelle aberration, des lois répressives de toute liberté et semblables à celles qu'on veut infliger aux citoyens français, ont pu être édictées.

Le Dr Galippe *reconnaît que tous les projets de lois proposés pour ou contre la pharmacie sont tous mauvais et qu'il n'y aurait d'acceptable que celui qui serait ainsi rédigé : L'exercice de la pharmacie est libre sous la garantie du diplôme et des lois de droit commun. C'est la formule de l'avenir ! Nous étouffons sous la protection dont on nous entoure. Il y a trop de sauveurs du peuple !*

Tout cela est parfait. Nous demandons seulement qu'on étende aux médecins toutes les libertés qu'on veut bien accorder aux pharmaciens. Si le public a le droit de se faire soigner par le pharmacien, je ne vois pas trop comment vous pourrez lui dénier celui de se laisser médicamenter par son docteur, si ça lui plaît. Le régime de la liberté sauvegarde suffisamment tous les intérêts ; tant pis pour la partie qui succombe !

En pareille matière, comme en matière commerciale, on ne peut être que protectionniste ou libre-échangiste. Dans tous les cas, si vous pensez qu'il y a lieu de ne pas étendre nos libertés, retenez, si vous pouvez, les pharmaciens dans les limites de leur monopole.

Pour moi, je prétends qu'on ne saurait le leur maintenir qu'en rendant plus difficile l'investiture et en limitant, ipso facto, le nombre des officines. Alors on n'assistera plus à ce spectacle affligeant qui émane d'un charlatanisme sans pudeur ; on ne lira plus, tous les jours, dans les journaux politiques ces réclames insensées en faveur des produits mirifiques de tel ou tel pharmacien. Nous avons assisté au spectacle salubre du krach des mauvaises valeurs ; à quand le krach pharmaceutique de toutes ces drogues écloses dans la cervelle en délire d'industriels qui se prétendent pharmaciens ? Dr ..X...

(1) *Journal des Connaissances médicales*, 6 février 1887.

EXTRAITS DU RAPPORT DE M. LE Dr ROUSSEAU-SAINT-PHILIPPE A L'ASSOCIATION DE LA GIRONDE.

Concurrence médicale.

... « Dans le département de la Gironde, divers médecins se sont déplacés. Ces pérégrinations ne sont pas sans témoigner le malaise dont souffre la population médicale de nos campagnes, où la médecine devient de plus en plus difficile et dure. Aussi ne nous faisons-nous pas faute d'informer les débutants, qui nous demandent des postes, que le département est plein, qu'il déborde, et qu'entrer dans ce milieu saturé, c'est s'exposer à manquer bientôt d'air : ce qui n'empêche que quelques-uns, attirés par des coteries trompeuses, comme le papillon par la rouge lumière, s'embarquent dans des galères dont ils sont ensuite fort empêchés de sortir. Malheur, en effet, au médecin qui se laisse tenter, sur le seuil de la carrière, par la perspective qu'on lui offre d'une lutte à soutenir avec un premier occupant. Quelle vie il se prépare, et s'il gagne la bataille, quelle victoire ! Certes, le soleil luit pour tout le monde, et si le sort veut qu'un beau matin la concurrence se lève en face de votre maison, vous n'avez point à jeter de feu ni de flammes ; Une telle susceptibilité serait hors de saison, attendu que c'est aujourd'hui le lot commun. Combien l'entente entre les deux rivaux est préférable pour tous deux à cette lutte détestable dont les mauvais clients seuls profitent sournoisement ! C'est là une vérité banale dont il faudrait que les jeunes médecins fussent bien convaincus, tout autant que cette autre, non moins établie, que se lancer dans la politique le lendemain de son installation avant d'avoir son pain assuré, c'est risquer deux fois et sa position et son avenir...

Mais revenons à nos moutons !

Assemblées générales de l'Association.

... « Citons encore la *Société de l'Oise*, qui a émis le vœu que l'article 20 des Statuts de l'Association générale soit modifié de la façon suivante : « L'Assemblée générale de l'Association générale aura lieu alternativement une année à Paris et l'année suivante dans une des grandes villes de France. Incontestablement, ce roulement aurait son utilité si .... des obstacles matériels graves ne s'opposaient à sa réalisation. Aussi le vœu a-t-il été écarté purement et simplement. »

« Nous attendons avec impatience de connaître en détail l'exposé des *obstacles matériels graves* qui se sont opposés à la réalisation du vœu de l'Association de l'Oise. — On a écarté purement et simplement le vœu, nous dit-on. Nous serions curieux de connaître les raisons qui obligent le Conseil général à repousser ce vœu aussi fondé. *L'Association pour l'avancement des sciences* n'a pas éprouvé ces graves difficultés matérielles. Elle est, elle, amie du progrès. L'immuabilité n'est plus le privilège des Associations. Nous espérons bien le prouver. »

A. C.

Tarifs d'honoraires.

... « L'Association des Médecins de l'Aveyron s'est occupée de reviser et de faire réimprimer son tarif d'honoraires. Il paraît que nos confrères se trouvent bien d'un système qui semble pourtant bien difficile à appliquer, étant de sa nature élastique et variable à l'infini. Ils se sont occupés, par ailleurs et comme nous, d'un projet de codification des devoirs du médecin et, comme chez nous, ce travail colossal est à l'étude, où il mûrit.

Caisse des pensions de retraite.

... « Enfin, l'Association des Médecins d'Alger, qui est l'une de celles qui travaillent avec entrain à l'œuvre commune, a soumis à l'Association générale deux projets : l'un pour la fondation, à Tipaza (Algérie), d'un asile de retraite pour les médecins, l'autre pour la création par l'Association d'une Caisse de Pensions de *droit*. Ces deux projets ayant été repoussés, nos collègues ne se sont pas tenus pour battus. Ils ont réédité leurs propositions dans la dernière réunion de leur Société locale, ont rédigé un bulletin spécial et l'ont adressé, avec prière de répondre, à toutes les autres Sociétés de France. Votre Conseil d'administration a passé sous le crible le travail qu'on lui soumettait et il n'a pu lui donner son approbation. Certes, un asile de retraite pour les médecins est une fondation des plus désirables, mais il la faudrait en France ! C'est là, nous a-t-il paru, une condition *sine quâ non*. Quant au système financier imaginé par M. le Dr Trolard pour l'institution d'une Caisse de retraite, nous devons dire qu'il ne nous a pas semblé suffisamment étayé pour renverser celui qui fonctionne déjà, par l'initiative et sous la direction de notre collègue M. Lande. Nous en dirons autant, et sans parti pris, de la combinaison éditée par M. le Dr Damourette, de la Société de Vitry-le-François. Jusqu'à plus ample informé, nous gardons nos préférences pour la Caisse déjà fondée, non pas parce qu'elle émane de notre milieu — cette raison serait puérile — mais parce que c'est une affaire solide, bien assise, une œuvre réaliste, qui ne revêt aucune des allures sentimentales imprimées aux autres. Qu'elle soit perfectible, nous ne voulons pas en douter. C'est justement à cela que nous voudrions qu'on travaillât, au lieu de chercher à la discréditer ; et, puisque l'Association générale manifeste nettement l'intention de ne s'occuper point de ce côté, pourtant si attachant, de nos intérêts professionnels, nous ne voyons pas pourquoi chaque Société locale ne se saisirait pas directement du sujet et n'en donnerait pas une appréciation détaillée. Sans entrer dans les vues de la Société d'Alger, qui demande encore que les Sociétés locales se coalisent, en quelque sorte, pour fonder un Etat dans l'Etat — ce qui serait le commencement de l'anarchie — nous estimons que les groupes provinciaux de notre grande Fédération n'ont pas à attendre un mot d'ordre servile pour s'emparer de questions d'intérêt général et pour les étudier à part. C'est ainsi, précisément, que se forme cette grosse puissance de l'opinion publique dont le courant a tant d'influence plus tard — nous en avons des exemples — sur les résolutions des pouvoirs supérieurs. »

FAITS CLINIQUES

I

Deux cas de Dystocie

Imperforation incomplète de l'hymen. — Cloison vaginale.

Par M. Frouin, médecin à Saint-Nicolas-du-Pelem.

Monsieur le Directeur du *Concours Médical.*

Je viens vous communiquer deux observations d'occlusion du vagin chez des femmes enceintes et je les crois assez rares, surtout la seconde, pour penser qu'elles intéresseront vos lecteurs.

Observation I.

Le 28 mars 1884, je fus appelé dans la nuit au village du Gouéziou dans la commune de Laniscat, près de la femme M..., âgée de 23 ans, qui était en couche depuis le matin. Les douleurs sont fréquentes et fort énergiques depuis plusieurs heures. La parturiente était couchée sur un banc et comme elle paraissait beaucoup souffrir, je me hâtai de pratiquer le toucher. Je fus fort étonné de ne trouver entre les grandes lèvres qu'une surface lisse et bombant fortement à chaque contraction.

A chaque douleur, on sentait très distinctement la tête de l'enfant pesant sur le périnée et à l'entrée de la vulve.

Je songeai de suite à une imperforation de l'hymen, tout en étant surpris de la trouver aussi complète. M'aidant d'une lumière, je constatai que l'entrée du vagin était absolument fermée par une membrane fort épaisse, ne présentant au bec de la sonde promené à la surface aucune ouverture dans les moments de calme ; mais, en observant bien pendant les douleurs et quand la tête pesait fortement sur l'entrée de la vulve, on voyait perler au centre de la membrane une petite, très petite gouttelette de sérosité. Je pus faire pénétrer par ce pertuis le bec de la sonde et j'incisai en croix. Un instant après, je recevais une fille très bien portante. Chez cette jeune femme, la fonction menstruelle a toujours été normale.

Observation II.

Le 10 du mois de mars courant, je fus appelé dans la soirée au bourg de Kerpert, près de la femme G....., âgée de 46 ans, primipare, mariée depuis deux ans.

Cette femme est en travail depuis 30 heures. Les douleurs d'abord assez vives ont cessé dans le cours de la dernière nuit.

Cette femme a toujours été réglée régulièrement et paraît bien à terme. Par le toucher que je pratique la femme étant debout, j'arrive assez facilement sur la tête de l'enfant que je sens distinctement au-dessus du détroit supérieur et assez mobile, mais j'ai beau explorer le fond du vagin, je ne trouve qu'une surface unie sans aucune trace de col. Très étonné, je fais coucher la femme et je recommence mon examen dans cette position, mais je ne trouve toujours aucune trace du col. Je renouvelle l'examen à deux ou trois reprises, la femme tantôt debout, tantôt couchée, j'obtiens toujours le même résultat négatif.

Ces diverses manœuvres ayant déterminé quelques légères contractions, je m'assurai pendant leur durée qu'il n'y avait qu'une membrane assez mince qui séparait mon doigt de la tête de l'enfant et je me décidai à la déchirer au centre avec l'ongle. Dès que le bout du doigt l'eut traversée, il arriva immédiatement sur le col que je trouvai aminci et à peine assez dilaté pour permettre d'introduire le bout du doigt. La poche des eaux est intacte. Je glisse très facilement le doigt entre la membrane que j'ai déchirée et le col et je trouve entre les deux, un cul-de-sac circulaire d'environ trois centimètres de rayon. Du reste, col et membrane se prêtent assez bien à la dilatation digitale aidée de quelques petites douleurs. Deux heures après, la dila-

tation étant suffisante, j'administre deux doses de seigle ergoté, et quand les douleurs se raniment, je perce les membranes et la tête s'engage assez bien en position O.H.D.A. Puis, les douleurs s'étant arrêtées de nouveau, je termine l'accouchement par une application de forceps qui amène un garçon bien vivant. Les suites de couches ont été très naturelles. Cette femme ayant toujours été réglée très normalement, il faut que, comme dans la première observation, les menstrues aient trouvé une issue, si étroite qu'elle fût, à travers la membrane qui séparait si complètement le col de l'utérus du fond du vagin, membrane constituée sans doute par un repli de la muqueuse.

II

Note sur un cas de convulsions choréiformes d'origine réflexe chez un nourrisson d'un mois atteint de coryza.

L'étude des névroses réflexes d'origine nasale est toute récente. C'est en 1871, nous apprend M. le Dr E. J. Moure, dans un intéressant mémoire (1), que Voltolini (de Breslau) établit, pour la première fois, les rapports intimes qui peuvent relier les polypes du nez «et certains accès d'asthme». Avant lui, Aurélian, Zecchius, Schneider, Flower, J. Franck, Bree et Forbe, puis Trousseau et Duplay avaient fait seulement allusion dans leurs écrits, et sous une forme hypothétique, à cette cause lointaine de névroses variées. Depuis la publication du travail de Voltolini, bon nombre d'observateurs tant en Allemagne, en Amérique, qu'en France et en Angleterre, ont étendu le cercle de ces investigations pathogéniques. A l'asthme primitivement noté comme pouvant être provoqué par certaines lésions de la membrane pituitaire, sont venues s'ajouter d'autres névroses ou accidents plus complexes, le scotome scintillant, l'épilepsie, les vertiges ou la chorée.

Je crois avoir été témoin tout récemment d'un fait de cette nature et il m'a paru intéressant d'en donner la relation. Sa rareté relative m'y autoriserait déjà, mais on y verra aussi une confirmation nouvelle de cette grande vérité clinique, aussi vieille que la médecine : qu'une fois reconnue, l'exacte pathogénie d'une maladie, l'indication thérapeutique en découle rapidement au grand profit du malade et du médecin.

J'étais appelé, le mardi 22 mars dernier, auprès d'un enfant d'un mois allaité à la campagne par une excellente nourrice, jusque là très bien portant et même très beau. Depuis le dimanche précédent, et sans cause appréciable, au dire des parents, ce bébé avait été pris de *convulsions* à peu près continuelles. Il n'avait point vomi, se vidait bien, continuait à téter, mais ses membres se tordaient, me dit-on, en mouvements absolument désordonnés. Un médecin du voisinage avait été appelé dès le début par la nourrice, mais la situation paraissant s'aggraver, les parents avaient été prévenus, et c'est chez eux que je vis le petit malade.

A mon arrivée, voici ce que je constatais : l'enfant, tenu sur les genoux de sa nourrice, de bon aspect et n'ayant aucune apparence de maladie fébrile, était constamment secoué par des contractions successives et brusques d'à peu près tous les muscles de son corps. Les deux bras, les avant-bras, les mains, les doigts, les cuisses, les jambes, les pieds et le torse se raidissaient instantanément pour se détendre aussitôt, tandis que les muscles faciaux intéressés eux-mêmes, déterminaient sur le visage d'incessantes contorsions. Les paupières plissées et tour à tour ouvertes cachaient et laissaient voir le globe oculaire entraîné dans une sorte de nystagmus. Toutes ces contractions, d'ordre clonique, étaient courtes et ne déplaçaient que très peu les segments des membres intéressés par elles.

Après avoir considéré assez longtemps ce curieux mais pénible spectacle, je me renseignai sur les causes probables, et sur le mode de début de l'affection.

Les causes étaient inconnues ; nul changement n'étant survenu dans la vie calme de la paysanne habitant un hameau isolé. C'est dans la nuit du samedi au dimanche précédent qu'elle s'était aperçue des accidents.

Une étude attentive de tous les organes du petit patient n'ajouta rien aux renseignements qu'on me fournissait. Pas de fièvre ; le pouls battait entre 110 et 120 fois, la peau était fraîche, la respiration calme. A l'auscultation, que je pus pratiquer, chose rare, longuement et très à l'aise, le murmure vésiculaire avait son caractère absolument normal. Cependant j'entendis le bébé tousser deux ou trois fois. Il était aussi, — notez ce point — très fortement enchifrené. Mais mon attention du premier coup ne se porta pas de ce côté.

Dans l'impossibilité, pour le moment, de remplir les indications causales, je me contentai de viser les symptômes dominants, et prescrivis un bain de tilleul tiède et une solution sucrée de bromure de sodium (0, 50 cent.) à prendre d'heure en heure.

Sans porter de diagnostic précis, je rattachais ces phénomènes bizarres à quelque excitation médullaire d'autant plus vague que l'enfant est de race saine, sans tare d'aucune sorte, qu'il a deux petites sœurs de quatre et sept ans très belles et très vigoureuses et que la lignée que je connais de longue date est indemne de toute diathèse. Je pensais à une intoxication possible, ainsi qu'on en a cité et que j'en ai publié moi-même des exemples, par l'imprudence de la nourrice s'alcoolisant inconsciemment.

Mais une enquête sérieuse ne confirma pas cette supposition. La nourrice, très sobre, ne buvait que de la piquette mouillée de beaucoup d'eau.

Je n'avais pas non plus, je l'avoue, à ma première visite, songé à la chorée, excessivement rare chez les enfants de cet âge, tellement rare que, dans un service assez étendu, et depuis quinze années bientôt, je n'en ai jamais observé un seul cas. Les auteurs sont unanimes pour affirmer cette rareté.

Quoi qu'il en soit, lorsque je revins le lendemain, et que je constatai à peu près les mêmes phénomènes, mais atténués, je pus en faire une analyse plus complète. Eliminant toute affection fébrile ou inflammatoire, les grandes névroses, aussi incompatibles avec l'âge du sujet, j'arrivai par élimination et de par la netteté des symptômes, à l'idée d'une

(1) *Journal de médecine de Bordeaux*, n° du 26 décembre 1886.

chorée ou tout au moins de convulsions choréiformes.

Le fait ne pouvait être douteux ; il m'aurait même frappé plus tôt en d'autres circonstances ; mais ce n'était là qu'un symptôme, et il s'agissait de rattacher ce symptôme à sa vraie cause pathogénique. C'est alors que me revint le souvenir du mémoire plus haut cité de notre savant confrère et ami, le Dr E. J. Moure.

Ce fut un trait de lumière, et j'éprouvai aussitôt cette quiétude que connaissent bien les praticiens lorsqu'en présence d'un cas difficile, ils ont trouvé ou cru trouver une voie rationnelle pour aboutir à l'intervention thérapeutique.

Insistant, en effet, sur l'examen des fosses nasales que j'avais négligé de faire, je constatai que la muqueuse des narines, de la droite surtout, était rouge et boursouflée. Il s'y trouvait de petites mucosités concrètes. L'enfant, d'ailleurs, ne tétait qu'avec peine, s'arrêtant pour respirer. La petite toux très brève et rare que j'avais entendue permettait de penser qu'il avait probablement subi quelque refroidissement léger, insuffisant à provoquer une bronchite et n'ayant déterminé qu'un coryza avec un peu d'irritation du vestibule laryngé. Telle était probablement, et par réflexe, l'origine des convulsions choréiformes.

Tablant sur cette hypothèse très rationnelle, quoique hardie, en l'espèce, je conseillai la médication suivante : fomentations émollientes et fréquemment répétées des fosses nasales, pratiquées, tantôt avec de l'eau de guimauve, tantôt avec le lait même de la nourrice. Enduit épais de suif frais sur le nez et le front, température élevée de la chambre, et je défendis naturellement le bain qu'on se préparait à répéter, le premier ayant paru faire bon effet. Continuation de la solution bromurée.

Le lendemain, un mieux sensible s'était manifesté. L'enfant avait dormi toute la nuit et n'avait plus que quelques secousses peu vives, rares et localisées à la face.

A ma quatrième et dernière visite, le calme était tout à fait revenu, et je notai, du même coup, la disparition du gonflement de la muqueuse pituitaire et partant la guérison du coryza. Les deux phénomènes morbides, irritation nasale et convulsions, avaient rétrocédé parallèlement. On ne saurait constater une application plus nette du vieil adage : *sublata causâ....* (1).

Dr A. CORIVEAUD.

(1) J'ai eu depuis des nouvelles de cet enfant, et à la date du 18 avril, il était aussi bien que possible.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

A Monsieur le docteur Barat-Dulaurier, directeur du *Bulletin des Syndicats*.

Cher confrère,

J'avais bien lu, dans un nouveau journal de médecine, l'article auquel vous faites allusion dans la lettre que vous m'adressez par l'intermédiaire du *Concours Médical*, n° 17 — 23 avril 1887. Mais je vous avoue que cette épître m'avait laissé froid. Je n'y avais vu que le besoin, éprouvé par un homme hypnotisé depuis des années, de manifester, vaille que vaille, son réveil au monde médical ; et j'avais plaint le personnage de se révéler par un acte ridicule qui le fait classer, ipso facto, parmi les enfonceurs de portes ouvertes.

Une seule phrase m'avait frappé, grâce aux caractères typographiques.

TOUT PAR L'ASSOCIATION GÉNÉRALE, ET RIEN SANS ELLE !

Cette exclamation est évidemment une réminiscence du fameux vers :

« Et nul n'aura d'esprit, hors nous et nos amis »

approprié aux besoins de la cause.

Elle sert à établir que le sommeil de notre homme a au moins deux ans de date : en effet, en 1884, le Dr Foville, sécrétaire général de l'Association, concluait à l'entente cordiale de l'Association et des Syndicats. Mais, notre homme dormait.

En 1886, le Dr de Ranse recommandait, dans son rapport, l'Association sous toutes ses formes, sans prétendre « les limiter à celles qui sont affiliées à « l'Association générale. Je donne, dit-il, à ce mot « l'extension la plus large et comprends au même « titre les associations *scientifiques et les associa-* « *tions professionnelles*, quel que soit le nom des « unes ou des autres, sociétés médicales, syndicats « médicaux, caisse de pensions de retraite du corps « médical, sociétés de Déontologie, etc. » Mais, notre homme dormait toujours ; bien plus, il ronflait, et comme un de ces ronflements vint à gêner notre ami le Dr Lande, celui-ci lui donna une bonne poussée pour le ramener à un sommeil plus calme.

Aujourd'hui cet endormi est un peu réveillé : profitons-en pour lui dire ceci : « Après les paroles bienveillantes, les encouragements des docteurs Foville et de Ranse, auteurs de rapports approuvés par l'Association générale dans ses réunions plénières de 1885 et de 1886, il est tout à fait déplacé et malséant de parler comme vous le faites : ce que vous dites est incongru. Mais reprenez votre sommeil jusqu'à l'année prochaine ! »

Quant à nous, mon cher Dulaurier, nous allons continuer à travailler, d'accord avec nos sociétés locales, d'accord avec l'Association générale, dont nous aimons toujours à nous dire les soldats et les pionniers.

Votre bien dévoué,

MARGUERITTE.

P. S. Vous verrez que, si jamais le désir de notre confrère Surmay se réalise, et que l'Ordre des médecins soit fondé, notre endormi se réveillera encore une fois pour en réclamer la fondation.

Un épisode de la réunion des délégués à l'Association générale des médecins de France.

Séance orageuse, tapageuse, comme celles de la Chambre des députés aux grands jours où les meneurs de boucan sont bien en veine.

Si germinal, qui fait germer les plantes, suggère des idées nouvelles, au dire d'un de nos confrères, il met également parfois dans un état d'exaspération bien singulier les esprits les mieux équilibrés. A preuve l'espèce de délire rabique qui s'est emparé lundi, 18 avril, pendant quelques instants, d'une grande par-

tie des honorables délégués et même des membres du bureau de l'Association générale.

Que s'était-il donc passé pour surexciter ainsi tous ces hommes d'ordinaire si dignes, si calmes, si réservés et transformer le grand amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique en une de ces réunions où on étouffe toute discussion et où on voue aux gémonies ses idoles de la veille ?

Le voici :

Depuis quelques années, les médecins, suivant le grand courant qui entraîne invinciblement les masses vers les institutions de prévoyance, ont cherché dans la Création d'une *caisse de retraite* à leur usage spécial une garantie contre les misères qu'apprend une rude vie de labeurs et de dangers, l'avenir, reserve, hélas ! à un trop grand nombre d'entre eux. L'Association générale, qui est une fédération de sociétés de secours mutuels, avait, dès son origine, inscrit dans son programme la création d'une CAISSE DE RETRAITE pour ses membres. Jusqu'à ce jour elle n'a pu accorder que des PENSIONS VIAGÈRES D'ASSISTANCE. Ne la blâmons pas. Admirons, au contraire, le résultat obtenu. Avec une cotisation de 12 francs exigée de chacun de ses membres, elle a réussi à servir à 73 d'entre eux une pension annuelle de 600 francs.

Mais combien s'en trouve-t-il, en dehors de ce nombre, que la misère a étreints et qui s'en vont, au déclin de leur vie, traînant péniblement leurs infirmités et maudissant une profession qui n'a pas pu leur assurer une très modeste aisance et une société où leurs services, comme leur dévouement, ont été méconnus.

C'est que, pour obtenir ces pensions fournies par l'Association, il faut remplir bien des conditions et, parmi celles-ci, venir solliciter, étaler ses misères et enfin, se soumettre à une enquête. Tout cela se passe en famille, il est vrai, et le solliciteur est d'avance assuré de rencontrer, parmi ses confrères des bureaux des sociétés locales, les plus ardentes sympathies. Mais combien en est-il à qui ces aveux, toujours pénibles, répugnent invinciblement et qui plutôt que de faire une semblable démarche, à leur avis, humiliante, préfèrent s'isoler dans les privations et la misère ! Quelle que soit la manière dont chacun appréciera ces scrupules, il n'en est pas moins vrai qu'ils nous paraîtront toujours éminemment naturels et respectables.

Or, c'est précisément à cause de cela qu'il y avait urgence de créer une institution qui permît à chacun, grâce à de modestes sacrifices faits dans la période d'activité et de vigueur de son existence, de se prémunir contre les soucis de la vie matérielle au moment où l'âge l'obligera à prendre enfin un repos bien mérité. Une caisse de pensions de retraite de DROIT répond précisément à ce besoin. Nos confrères l'ont si bien compris que de nombreux projets ont été présentés de divers côtés. C'est aussi le but que nous poursuivions quand nous avons fondé, grâce aux sacrifices et aux travaux du *Concours médical*, grâce au zèle et au dévouement de nos amis, MM. Lande et Verdalle, cette caisse qui existe depuis trois ans, et qui donne de si belles espérances, espérances que l'avenir justifiera largement, nous en avons la certitude.

Mais certains confrères, mal renseignés, sans doute en se plaçant à un point de vu différent du nôtre, ont trouvé que l'œuvre du Concours et de nos amis ne répondait pas entièrement à leurs idées ; ils ont présenté d'autres projets. Parmi ces confrères se trouve M. Trolard, président de la Société d'Alger, venu tout exprès pour développer et soutenir celui qui avait reçu l'approbation des médecins de notre colonie algérienne et dont il est l'auteur. Ce projet, nous ne l'approuvons pas, tant s'en faut. Il était si facile, après un examen de quelques minutes, de le réduire à néant, ainsi que l'a si bien fait M. Lande ; mais du moins il nous semble que son auteur méritait d'être entendu.

Peut-être M. Trolard a-t-il eu le tort, dès le début, de s'égarer dans des considérations étrangères à son sujet avec une prolixité qui a paru disposer assez mal l'assemblée en faveur de son travail. Des impatiences se sont manifestées, et M. Trolard, mis en mesure d'aborder la question, s'est vu, presque dès les premiers mots, exposé à une véritable tempête.

Les apostrophes les plus vives se croisaient dans cette enceinte d'ordinaire si calme, et la tempête montait, montait toujours, plus violente et plus menaçante. Et ce n'étaient pas les simples délégués qui faisaient tout ce bruit. Le bureau était encore plus exaspéré que le reste de l'assemblée. Les cris de : « *A l'ordre* ! — *Un vote de blâme* ! » se croisaient avec ceux non moins intenses de : « *Vous nous déconsidérez* ! *vous cherchez à nous déshonorer* ! *c'est une indignité* ! » Et nos dignitaires, les uns pâles, livides et les lèvres crispées ; d'autres, la face empourprée et les yeux flamboyants, gesticulaient d'une façon inquiétante. On aurait dit qu'une tarentule, lâchée tout exprès par M. Trolard, avait piqué tous ces gens-là. En vain à quatre ou cinq reprises M. Trolard demande-t-il à expliquer quelques paroles un peu vives ou quelques expressions manquant un peu trop de mesure relevées dans une brochure publiée par lui et qui paraissent être le point de départ de tout ce vacarme. Peine inutile ! le vote est demandé et obtenu. Le projet Trolard a les honneurs d'un enterrement aussi précipité et tumultueux que les préparatifs en avaient été bruyants.

Sur ce, M. Trolard, visiblement très ému et indigné, quitte la salle des délibérations. En vain le rappelle-t-on pour exposer un autre projet intéressant, à plus d'un titre, pour les médecins arrivés à une époque avancée de l'existence : la création d'une colonie de refuge et de repos sur l'un des points les plus enchanteurs du territoire algérien. M. Trolard se retire profondément blessé par l'accueil qu'on lui avait fait.

Nous avons entendu un honorable délégué s'écrier : « J'ai voté contre le projet de M. Trolard parce que les bases sur lesquelles il repose ne sont pas sérieuses et ne tiennent pas debout ; mais je suis navré de la manière dont on s'est conduit à l'égard de ce confrère. Il a pu avoir des torts, mais il a certainement fait preuve d'un dévouement bien grand en effectuant un si long voyage pour venir présenter des idées qu'il croit être bonnes et qui sont du moins généreuses. «

Des épisodes comme celui que nous venons de rapporter sont heureusement tout à fait exceptionnels. Espérons qu'ils ne se reproduiront plus. Nous avons tenu à faire connaître celui-ci à nos lecteurs pour les mettre en garde contre des entraînements dangereux. Il ne faut pas que des faits semblables se reproduisent : l'association y perdrait bien vite tout son prestige et elle tendrait à justifier plus d'un des reproches que ses adversaires lui ont adressés. Mais si elle veut vivre, — et elle doit vivre — il est urgent qu'elle rompe avec ces traditions. Nous avons voulu, tout en donnant une idée exacte

d'une partie de la séance, rester dans les généralités et ne récriminer contre aucun des honorables membres du bureau ou de l'assemblée. Plusieurs ont déjà, j'en suis certain, amèrement regretté l'incident dont nous parlons. Cela doit suffire : les désigner nominativement serait un acte que la considération que nous avons pour eux nous fait un devoir de ne point accomplir.

Ces réserves faites, dans un prochain article nous reviendrons sur cette importante séance.

Ad. Barat-Dulaurier,
ex-interne des hôpitaux de Paris.

Syndicat de Verneuil.

Cher et honoré confrère,

Vous trouverez, sous ce pli, le vœu du syndicat de *Verneuil* avec un petit travail à l'appui. Ce vœu a été pris en considération par la dernière assemblée générale de l'Union des Syndicats ; mais il faudrait, comme vous le dites fort bien, que le bureau de l'Union provoquât une agitation à ce sujet, afin que tous les *syndicats* voulussent bien mettre la question à l'ordre du jour de leur plus prochaine séance.

Je compte surtout sur votre vaillant journal, qui a déjà rendu tant de signalés services à notre profession et que l'on trouve toujours à l'avant-garde, lorsqu'il s'agit de la discussion de questions qui nous touchent à un degré quelconque.

Veuillez agréer, Dr Martelli.

VŒU DU SYNDICAT DE VERNEUIL

Proposé à la séance des délégués à l'Union des Syndicats en 1886.

Considérant que l'*Assistance publique* n'existe pas dans les campagnes ; vu le silence de la loi à cet égard, et en attendant que le législateur veuille bien imposer aux communes ou aux départements l'obligation d'assurer ce service, le syndicat médical de la circonscription de Verneuil déclare qu'à l'heure où les syndicats médicaux existent en grand nombre sur tous les points du territoire français, il est urgent que les bureaux des Syndicats de chaque département veuillent bien se concerter en vue d'une action commune, officieuse, bien entendu, puisque leur existence légale est contestée, auprès des conseils généraux et des préfets, et insister pour que les assemblées départementales se décident à voter les fonds nécessaires à la création du service d'assistance publique dans les départements.

Le délégué pour l'année 1886 est chargé de soumettre ce vœu aux délibérations de la prochaine assemblée de l'Union des Syndicats.

Voici, en quelques mots, les raisons, ou, si l'on veut, l'exposé des motifs à l'appui de ce vœu.

Il est incontestable que, dans notre société démocratique, la commune doit son assistance aux déshérités ; c'est un des côtés intéressants de la question sociale. Il est non moins incontestable qu'aucun texte de loi ne consacre ce droit du pauvre ou mieux ce devoir que chaque commune devrait tenir à honneur de s'imposer.

L'*assistance* n'est réellement organisée que dans les grandes villes. Il existe bien des *bureaux de bienfaisance* dans certaines communes rurales, mais nous savons tous le peu de service qu'ils rendent, faute de ressources, et, somme toute, la plus grande partie des communes de France est dépourvue de toute organisation de ce genre. Malgré ce défaut d'organisation, une chose n'a jamais manqué aux malheureux : c'est l'assistance médicale. Il est vrai de dire que, bien souvent, cette assistance elle-même tomberait à faux, faute d'argent pour acheter les médicaments, si le praticien, poussant le désintéressement jusqu'au bout, ne prenait à sa charge les dépenses de cette nature.

Mais, je le demande ici : est-il juste, est-il équitable, est-il honnête même, de la part des communes, de la part de l'Etat, de laisser un impôt si lourd peser sur les seules épaules du médecin ! Il semble que, dans un pays comme le nôtre, où l'égalité politique est non seulement inscrite dans nos lois, mais a entièrement passé dans nos mœurs, l'égalité des charges devrait être un corollaire forcé. Et, pourtant, nous savons tous ce qu'il en est !

Faut-il attendre des communes elles-mêmes l'accomplissement d'un pareil progrès? Nous ne le croyons pas. La plupart des communes, les communes rurales surtout, ne prendront jamais une pareille initiative, à moins qu'elles n'y soient forcées par une loi. Mais, dira-t-on, puisqu'il faut une loi, à quoi bon intervenir auprès des Préfets, auprès des Conseils généraux ? Nous voici dans le vif de la question.

Une loi sur l'assistance publique est en préparation. Nous savons, malheureusement, à combien de vicissitudes sont exposés les projets de loi, surtout lorsqu'ils ne partent pas de l'initiative ministérielle. Qui peut nous dire à quel moment ce projet viendra en discussion devant les chambres ! Qui sait si plusieurs législatures ne s'écouleront pas avant qu'on ait eu le temps d'aborder un pareil sujet ! Et jusqu'à ce moment, faut-il que le médecin qui, depuis l'existence des syndicats, n'est plus isolé, mais représente une force sur laquelle il faut compter, faut-il, disons-nous, qu'il se croise les bras? Une pareille attitude ne serait ni sage, ni digne de notre profession. Personne ne pourra nous accuser d'égoïsme, car, comme nous avons eu l'honneur de le dire en commençant, c'est un côté de la question sociale que nous nous efforçons de résoudre. Il s'agit bien moins, dans une pareille occurrence, de la sauvegarde des intérêts du médecin que de la revendication du droit du pauvre à l'assistance, ou plutôt de montrer à la société qu'elle a le devoir strict de soulager les infortunes. S'il arrive que la question reçoive une solution favorable et que les intérêts du médecin ne s'en trouvent point lésés, nous ne pensons pas qu'on puisse nous le reprocher.

Que faire alors ? Mais il semble, qu'à défaut de lois, les assemblées départementales ont qualité pour organiser de pareils services. Il nous paraît donc tout naturel de nous adresser aux conseils élus des départements. Est-ce à dire que tous accueilleront notre requête avec faveur ? Il ne faut pas nous illusionner. Quelques-uns, en bien petit nombre, s'efforceront de donner à la question une solution conforme à nos désirs, si le budget de leur département le leur permet ; le plus grand nombre, c'est dans l'ordre des choses humaines, resteront complètement indifférents à nos sollicitations et d'aucuns, même, pourront faire preuve d'une hostilité marquée. Comment, nous dira-t-on, vous entrevoyez un si maigre résultat et vous voulez quand même mettre en mouvement tous les syndicats médicaux de France ! Eh oui ! le résultat peut paraître insignifiant de prime abord ; mais, à tout prendre, tout résultat, aussi insignifiant soit-il, doit être pris en considération, car, rien n'est contagieux comme l'exemple, et il suffirait, dans l'espèce, d'un seul département donnant l'exemple, pour que petit à petit la chose pren-

ne de l'extension et finisse par gagner tous les départements.

Supposons maintenant qu'aucun département n'écoute notre voix et que nos projets ne soient par conséquent couronnés d'aucun succès. Eh bien! même dans cette alternative, qui nous paraît improbable, nous aurons encore rendu de grands services à la cause des déshérités. Il ne faut pas ignorer; qu'en effet, une grande partie de nos députés et de nos sénateurs font partie des conseils généraux. Si, pour une raison ou pour une autre, ils ne trouvent pas prudent d'engager les ressources des départements, sans une loi spéciale, vous aurez tout au moins créé, dans l'esprit de nos représentants, un courant d'opinion qui non seulement pourra être favorable au vote de la loi d'assistance, lorsqu'elle viendra en discussion, mais qui, par cela même, et c'est par là que nous terminons, pourra hâter cette discussion.

Rugles (Eure), le 24 mars 1887.

Dr MARTELLI.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr AUVARD, à Paris, présenté par MM. les docteurs Trousseau et Le Gendre.

M. le Dr OLLIVIER, à Pont-Aven, présenté par M. le docteur Le Moaligon, de Quimperlé (Finistère).

ADHÉSIONS A LA CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

M. le Dr AUVARD, à Paris, présenté par MM. les docteurs Dujardin-Beaumetz et Cézilly.

NOUVELLES

Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.

Prix de la Société. — Epilepsie Jacksonienne.

M. *Arnozan* lit, au nom d'une Commission composée de MM. Pitres, Arnozan, Delmas, Durand, Muselli, R. Saint-Phillippe et Venot, un rapport sur les mémoires envoyés pour le prix de la Société, sur l'*Epilepsie Jacksonienne*, dont les conclusions sont :

1° Il n'y a pas lieu de décerner le prix de la Société.

2° Les deux mémoires envoyés pour le concours seront classés comme il suit: le mémoire n° 1, premier; le mémoire n° 2, second.

3° La somme de mille francs, destinée à constituer le prix de la Société, sera partagée entre les auteurs des deux mémoires, qui recevront chacun cinq cents francs à titre de mention honorable.

4° Les deux mémoires seront honorablement déposés dans les Archives de la Société et des remerciements adressés à leurs auteurs.

Ces conclusions mises aux voix sont adoptées.

Après le vote, les plis cachetés, ouverts par M. le Secrétaire général, font connaître les noms des auteurs. Celui du mémoire n° 1 est M. le Dr Rolland, à Laforce (Dordogne). Le mémoire n° 2 a pour auteurs: MM. Courbarien et Dubarry, internes des hôpitaux de Paris.

Société obstétricale et Gynécologique de Paris.

Déclaration de vacance pour une place de membre titulaire. — Conformément aux statuts de la Société, tout candidat au titre de membre titulaire est tenu de faire acte de candidature, en venant lire, dans une des séances de la Société, un travail ayant trait à l'obstétrique ou à la gynécologie. (Les séances de la société ont lieu tous les seconds jeudis du mois, à 3 h 1/2, au siège de la Société, 3, rue de l'Abbaye.)

Le Secrétaire général,
CHARPENTIER.

— M. le directeur du service de santé du 13e corps vient d'adresser la circulaire suivante aux médecins de réserve et de l'armée territoriale :

Le ministre de la guerre a décidé à la date du 13 décembre 1886 :

1° Que tout officier du corps de santé de réserve ou de l'armée territoriale, nouvellement promu, sera tenu de se présenter en uniforme, au directeur du service de santé, qui lui donnera, à cet effet, un délai suffisant.

2° Que tous les officiers du corps de santé de réserve, qui ne reçoivent pas de 1re mise d'équipement, pourront, comme ceux de l'armée territoriale, toucher gratuitement des vêtements neufs de sous-officiers, sur lesquels ils feront apposer, à leurs frais, les attributs du corps et les insignes du grade.

3° Que les officiers du corps de santé de réserve ou de l'armée territoriale, qui, ne pouvant prendre à leur charge la dépense d'une tenue militaire, ne voudraient pas faire usage d'effets de sous-officiers, seraient mis en demeure de donner leur démission.

4° Que ceux qui se présenteraient en bourgeois, lors d'un appel, seraient mis en demeure de se faire préparer une tenue, au moyen d'effets de sous-officiers ; en cas de refus, ils seraient traduits devant un conseil d'enquête.

En conséquence, j'ai l'honneur de vous demander si vous avez une tenue militaire, et, dans le cas contraire, quelles sont vos intentions.

Je fixe au 5 mai le dernier délai d'exécution du 1er §, c'est-à-dire l'époque à laquelle vous devez posséder une tenue militaire.

Signé : Ed. PAPILLON.

— Pendant que plusieurs ministères, deux au moins, se disputent en France la future direction de la santé publique, on songe, en Angleterre, à affranchir complètement cette direction en l'élevant à la hauteur d'un ministère comprenant toutes les choses intéressant la médecine et l'hygiène. C'est peut-être la meilleure et la plus prompte solution à donner à la question depuis si longtemps débattue.

— A la réunion de la Société des gens de lettres qui s'est tenue le 17 avril dernier, un des membres de l'assemblée a paru regretter que le comité eût alloué deux cents francs à M. Pasteur et exprimé le désir qu'on n'entrât pas dans cette voie des allocations extra-littéraires. L'assemblée s'est vigoureusement prononcée contre l'orateur en acclamant M. Pasteur.

— La Société française d'hygiène a définitivement adopté, sur la proposition du Dr Grellety, les bases et l'itinéraire d'une caravane médicale, qui visitera, du 1er au 11 septembre, les stations du centre de la France.

On partira le 1er septembre de Paris et on s'arrêtera à Pougues, St-Honoré, Bourbon, Lancy, Bourbon-Larchambauld, Vichy, (avec St-Yorre et Cusset), Néris, Chatelguyon, Royat, La Bourboule et le Mont-Doré.

Une ascension au Puy-de-Dôme rentre dans le programme des distractions.

Les touristes sont assurés d'une réduction de moitié place sur les tarifs des chemins de fer, de prix spéciaux dans les hôtels, etc.

La femme et les enfants des excursionnistes auront droit aux mêmes avantages. Une quarantaine de personnes sont déjà inscrites.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André, 3

Neuvième année | N° 20 | 14 Mai 1887

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

Etiologie et pathogénie de la pneumonie aiguë.

M. Jaccoud a lu à l'Académie des sciences une note relative à l'une des causes de la pneumonie aiguë, et à l'une des origines des microorganismes qui la caractérisent. Lorsqu'il fut établi que la pneumonie est une maladie *à microbes*, cultivables et inoculables, certains médecins ont déduit de cette notion que le refroidissement n'est pas une cause efficace de pneumonie et que la seule cause de cette maladie est la pénétration accidentelle dans l'organisme des microbes spécifiques venus du dehors. A ces conclusions M. Jaccoud oppose deux faits observés par lui. Deux individus robustes, d'âge et de sexe différents, tous deux en parfaite santé subissent dans des conditions complètement dissemblables un refroidissement prolongé. Chez tous deux, ce refroidissement est suivi d'un malaise immédiat ; le jour même il y a du frisson, de la fièvre, un point de côté, et, après un délai de vingt-quatre à trente-six heures la pneumonie existe ; l'influence du froid est ici indéniable.

D'autre part, chez les deux malades des pneumocoques ont été constatés dans les crachats pendant toute la durée de la maladie et les mêmes microbes ont été trouvés à l'autopsie dans les poumons des deux malades.

Ainsi froid et microbes, l'ancienne et la moderne étiologie se trouvent ici réunies ; mais comment concevoir que les microbes, s'ils étaient venus du dehors, aient pénétré dans l'organisme au moment précis du refroidissement ? Ils auraient donc dû cheminer et proliférer avec une rapidité invraisemblable, puisque leur pénétration aurait été suivie immédiatement d'un malaise et, peu d'heures après, de l'explosion de la pneumonie. Pour ces raisons, M. Jaccoud se refuse à admettre l'origine extrinsèque du microbe pneumonique ; il n'admet bien entendu pas davantage une génération spontanée de microbes et il pense que de tels faits rendent vraisemblable l'auto-infection ou infection intrinsèque qui consiste en ceci : l'organisme humain bien portant contient bien des espèces de microbes qui sont impuissants à lui nuire tant qu'il reste bien portant ; mais si son fonctionnement physiologique vient à être altéré par une perturbation accidentelle, il cesse de pouvoir résister efficacement à l'activité de ses propres microbes qui ne deviennent pathogènes que parce que l'organisme est devenu moins résistant.

Or plusieurs observateurs étrangers, et chez nous M. Netter, ont établi que le microbe pneumonique existe dans la salive normale de gens en bonne santé ; on l'a rencontré chez des individus dans l'intervalle de deux pneumonies.

Par la présence ou l'absence du pneumocoque dans la salive normale de tels individus, on pourrait expliquer pourquoi certains sujets peuvent impunément subir, sans contracter de pneumonie, des refroidissements qui, chez d'autres, *font éclater cette* maladie quelquefois plusieurs fois dans la même existence.

M. Jaccoud déduit de ces notions que les doctrines microbiennes ne sont point subversives des vérités de la *médecine traditionnelle ; c'est par* leur conciliation que le progrès s'effectue.

De la Leucocytose dans les néoplasmes.

M. Hayem a produit à la Société de biologie un travail d'où il tire les conclusions suivantes : les tumeurs cancéreuses (squirrhe, etc...) s'accompagnent à leur période d'état d'une légère augmentation du nombre des globules blancs et d'une diminution des rouges. L'augmentation des globules blancs est plus accusée dans les tumeurs appelées sarcomes ; les épithéliomes ne s'accompagnent point de leucocytose importante ; M. Hayem pense que ces notions peuvent contribuer à faciliter le diagnostic dans les cas douteux ; il a cependant vu une fois le nombre des globules blancs normal dans un cas de squirrhe non ulcéré du sein.

M. Malassez fait observer à M. Hayem que le nombre des globules blancs est toujours augmenté lorsqu'un néoplasme s'accompagne d'ulcération ou de plaie. Avant d'accepter les conclusions de M. Hayem, il conviendrait de savoir s'il a tenu compte de cette distinction dans les cas qu'il a observés.

Voici la réponse de M. Hayem :

Ses observations ont été recueillies presque toutes sur des malades ayant des tumeurs non ulcérées.

Toute plaie ne produit pas d'ailleurs d'augmentation dans le nombre des globules blancs. Il y a lieu de distinguer à cet égard les plaies d'origine inflammatoire ou compliquées d'inflammation et celles qui résultent du processus ulcératif. Ainsi l'épithélioma ulcéré (utérus, peau, etc.), produit une augmentation des globules blancs moins considérable que certains néoplasmes non ulcérés (squirrhes, encéphaloïdes, ostéo-sarcomes).

Un nouveau médicament cardiaque, les trophantus hispidus.

C'est Fraser, d'Edimbourg, qui a employé le premier dans les affections cardiaques cette plante du genre des apocynées, poison des flèches de certains habitants de l'Afrique équatoriale. Le principe actif contenu dans les graines ou strophantine aurait une action analogue à celle de la digitale. M. Fraser employait une teinture de strophantus. M. Drasche, de Vienne, qui l'a employée aussi va jusqu'à dire que cette teinture lui a donné de meilleurs résultats que la digitale. Si nous signalons ce médicament nouveau, d'ailleurs introuvable dans nos pharmacies, c'est par acquit de conscience et pour ne pas laisser ignorer à nos lecteurs les nouveautés qu'on lance par le monde ; mais nous renouvelons ici une profession de foi que nous avons déjà faite. Avec les plus éclairés parmi nos maîtres, nous croyons que les progrès en thérapeutique consistent bien plus souvent à découvrir un nouveau mode d'emploi, une nouvelle application des médicaments classiques qu'à en découvrir de nouveaux. Ne décourageons pas les chercheurs ; mais attendons, pour partager leur enthousiasme sans cesse renaissant, que le résultat de leurs recherches ait subi l'épreuve du temps.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 mai.

M. Pasteur assiste à la séance ; M. le Président le félicite de l'amélioration qui s'est produite dans sa santé et espère que cette amélioration ira tous les jours en s'accentuant ; il rappelle à l'Académie que cet heureux retour permet de reprendre la discussion sur la rage et de présenter de nouveaux travaux sur cette question. M. Pasteur remercie l'Académie d'avoir attendu son retour pour continuer cette importante discusssion.

M. *Haltenhof* (de Genève) fait une communication sur le **vertige paralysant**, maladie que Gerlier a observée chez des ouvriers de campagne et des bergers pendant l'été de 1885 et 1886. Un médecin suisse, le docteur David (de Versoix), a vu des cas semblables dans la région de Genève. Son cas le plus ancien remonte à 1884. L'apparition simultanée ou successive de ces cas dans les mêmes communes et surtout dans les mêmes fermes, constitue une véritable épidémie saisonnière, que M. Gerlier a été le premier à faire connaître.

Cependant, cette affection n'est pas si nouvelle dans notre contrée. M. Haltenhoff a noté dès 1874 plusieurs observations de malades venus chez lui pour des troubles visuels et offrant le même syndrome que ceux de MM. Gerlier et David.

Les symptômes principaux du vertige paralysant consistent en accès de paralysie de la nuque et des membres avec sentiment de vertige, douleurs irradiantes partant de la nuque et chute des paupières. Dans l'accès, il y a incapacité d'ouvrir les yeux, de relever la tête, de tenir un objet à la main, de se pencher en avant, voire même de marcher ou de rester debout. Ces accès deviennent quotidiens, surviennent davantage dans l'après-midi, et peuvent se réitérer. Le sensorium reste toujours intact. Dans l'intervalle des crises, il y a de la lassitude, des lourdeurs de tête, parfois avec douleur, souvent de la photophobie, etc. Le fond de l'œil, examiné à l'ophthalmoscope, n'offre aucune anomalie. Le repos et surtout le changement d'habitat amènent une diminution rapide de tous les symptômes, mais le retour à la vie précédente est vite suivi de rechute.

La cause du vertige paralysant n'est pas élucidée ; M. Gerlier l'attribue à un miasme se développant dans des étables chaudes, mal aérées et habitées pendant toute l'année. Les observations de M. Haltenhoff viendraient à l'appui de cette hypothèse de l'origine stabulaire de cette affection, car la plupart de ses malades avaient également leurs lits dans les étables.

Elections. — MM. Zambaco (de Constantinople) et Marquez (d'Hyères) sont élus membres correspondants nationaux.

M. *A. Guérin* a prouvé depuis 10 ans que les symptômes attribués au phlegmon du ligament large se rapportent à l'adéno-phlegmon juxta-pubien.

Il ne parle pas du phlegmon de la cavité des ligaments larges, qui est bornée par des aponévroses. Cette cavité est si petite, elle contient si peu de tissu cellulaire que, s'il s'y formait du pus, ce serait un tout petit abcès, ne répondant pas à ces larges inflammations auxquelles on réserve le nom de phlegmon.

Si du pus se formait en ce point il y serait si so-

lidement enfermé qu'il aurait bien de la peine à se faire jour au dehors.

Si M. Guérin soutient que le phlegmon du ligament large n'existe pas, ce n'est point pour une vaine querelle de mots, mais parce que les symptômes de ce prétendu phlegmon se rapportent à une autre maladie qu'il a désignée sous le nom d'adéno-phlegmons juxta-pubiens.

Cette inflammation est caractérisée, comme on sait, par une tumeur existant sur le côté de la matrice, et s'étendant vers le ligament de Poupart : au début limitée à cette région, elle s'étend sous la paroi abdominale et constitue le *plastron*. La marche de la maladie démontre qu'elle provient des lymphatiques qui couvrent la surface du col utérin et qu'elle se propage au tissu cellulaire et aux ganglions sous-pubiens qui sont l'aboutissant de ces lymphatiques.

En ce qui concerne le phlegmon des ligaments larges, l'existence peut en être niée tant qu'on n'a pas montré une inflammation du tissu cellulaire exclusivement bornée à les ligaments.

Pendant longtemps, M. Guérin a partagé l'erreur de ses devanciers. Comme eux, il disait phlegmon du ligament large lorsqu'il trouvait une tumeur péri-utérine qui ne pouvait être rapportée ni à la pelvi-péritonite, ni à l'hématocèle et s'étendait d'un cul-de-sac vaginal au voisinage du pubis.

Ce signe n'est pas compatible avec l'existence d'un phlegmon du ligament large, dont l'extension serait bien plus facile du côté postérieur du bassin.

Dans les observations de cliniciens éminents, on trouve les signes de l'adéno-phlegmon attribués au phlegmon du ligament large.

Bernutz, dans son mémoire publié en 1874, dit que le cul-de-sac vaginal gauche, dans un cas, est le siège d'une plaque indurée qui *se prolonge en dehors jusqu'à l'enceinte osseuse du bassin, et se fixe en avant jusqu'au bord inférieur de la branche horizontale du pubis, où elle se confond avec la résistance vague perçue par la palpation abdominale.*

De même dans certaines observations de Fratier, qui dit dans un cas : *Le bord inférieur de la tumeur correspond au bord du ligament de Fallope, on sent qu'elle s'enfonce dans l'excavation pelvienne en adhérant étroitement à la branche horizontale du pubis.*

Ce signe est constant et appartient toujours à l'adéno-phlegmon juxta-pubien ; il ne peut pas exister dans le phlegmon du ligament large.

Les recherches cadavériques ne démontrent pas davantage l'existence du phlegmon du ligament large. Le pus peut bien se produire au voisinage de ces ligaments, sous le péritoine, mais ce ne sera pas dans les ligaments, dont la partie fondamentale est aponévrotique. Le péritoine ne les recouvre qu'à la manière dont il enveloppe les autres organes de l'abdomen et c'est pour ne pas avoir compris leur constitution que l'on a décrit leur inflammation sous-péritonéale comme étant celle du tissu conjonctif du ligament lui-même.

A une objection de M. Sappey qui affirme qu'il n'y a pas de vaisseaux lymphatiques allant du col de l'utérus aux ganglions sus-pubiens, M. A. Guérin répond qu'il existe à l'amphithéâtre de Clamart une pièce préparée par M. Le Bec et sur laquelle cette disposition se montre de la façon la plus nette.

M. *Panas*, après avoir fait une rapide biographie de Jacques Daviel, qui inventa l'opération de la cataracte par extraction, propose à l'Académie, au nom du comité constitué pour élever une statue à cet homme éminent, en son pays natal, — la Normandie — de prendre part à cette souscription.

L'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Colin (d'Alfort), sur les candidats au titre de correspondant étranger.

Voici le classement adopté par la commission :

En 1re ligne, M. Röll (de Vienne).
En 2e ligne, M. Lemoigne (de Milan).
En 3e ligne, M. Fleming (de Londres).

QUINZAINE CHIRURGICALE

De l'intervention dans les plaies de l'abdomen (1).

Cette question, remise à l'étude par M. le professeur Trélat et M. Pozzi à la fin de l'année dernière, n'est pas encore résolue ; il faut un grand nombre de faits bien observés pour en tirer une ligne de conduite logique et raisonnable, dénuée aussi bien de faiblesse que de témérité. M. Sévastopoulo, chirurgien à Constantinople, a envoyé une observation de plaie de l'intestin par balle de revolver qu'il put constater une heure environ après l'accident. Un liquide fécaloïde et des gaz s'écoulaient par la plaie, il n'y avait donc ni à douter ni à attendre ; Sévastopoulo agrandit la plaie, ouvrit l'abdomen, et comme la lésion intestinale était très large, il réséqua la partie d'intestin blessée, pratiqua la suture circulaire, et après avoir pratiqué un vaste lavage avec de l'eau phéniquée chaude, il referma l'abdomen ; la guérison se fit régulièrement et en peu de jours. A l'occasion de cette observation, M. Chauvel, rapporteur, rappelle que Thomas Morton vient de rassembler une statistique de 57 cas de laparotomie pour traumatismes de l'abdomen. De jour en jour, on remarque que les chirurgiens interviennent de plus en plus souvent. Morton donne une mortalité de 77 %, puisque sur 22 laparotomies pour plaie de l'abdomen par balle de revolver, il y a eu cinq guérisons et 17 morts. Si on réunit les dix cas les plus récemment publiés, on trouve trois guérisons et 7 morts, soit 70 % de mortalité. Les chirurgiens américains se prononcent aujourd'hui en faveur de la laparotomie immédiate. Pour eux, il suffit que la pénétration soit certaine pour que la perforation de l'intestin soit presque fatale. Ils admettent qu'en pratique toute perforation intestinale est mortelle. Aussi il ne faut pas attendre les premiers signes d'une péritonite due à l'épanchement des matières intestinales ; attendre les signes de péritonite, c'est courir au-devant du danger. D'ailleurs, la laparotomie faite avec le soin nécessaire n'est pas, on le sait, une opération des plus dangereuses. Quand donc on se trouve en présence d'une plaie pénétrante, on peut être à peu près sûr que l'intestin est blessé ; il faut alors élargir la plaie, explorer les viscères sous-jacents et faire au besoin la laparotomie immédiate. D'ailleurs, cette opération ne sert pas seulement à suturer les plaies de l'intestin, mais encore elle permet d'arrêter quelquefois de graves hémorrhagies des vaisseaux mésentériques, d'enlever les caillots,

(1) Société de Chirurgie, 20 avril 1887.

les corps étrangers, les morceaux de vêtement ou les projectiles qui ont pu pénétrer dans l'abdomen.

Valeur de l'iodoforme comme antiseptique et antituberculeux (1).

De Ruyter a réfuté par une expérimentation rigoureuse les travaux de de Hayn et Rownig, qui avaient mis en doute la valeur antiseptique de l'iodoforme si bien démontrée cependant par la clinique. La poudre d'iodoforme répandue sur une plaque de gélatine stérilisée empêche le développement des microbes à sa surface. Dès qu'il se trouve au contact d'une substance septique comme le pus, le sang d'un sujet atteint de maladie infectieuse se décompose ; cette action dialysatrice qui met en liberté l'iode qu'il contient semble due aux ptomaïnes et l'action nocive de celles-ci est arrêtée au point qu'elles deviennent inoffensives. De Ruyter conseille pour le lavage des plaies une solution alcoolique éthérée d'iodoforme à 1/40, elle a un pouvoir désinfectant très énergique et elle a une puissance de pénétration dans les tissus qui la rend d'une efficacité très grande.

M. Bruns (de Tubingen) a démontré aussi que l'iodoforme empêche la pullulation des bacilles tuberculeux dans la gélatine. Aussi il conseille d'injecter dans les abcès froids une solution d'iodoforme dans parties égales de glycérine et d'alcool. Elle modifie très rapidement la membrane interne de l'abcès tuberculeux, détache les fongosités dont les détritus sont résorbés et fait bourgeonner puissamment la cavité de l'abcès.

Nous employons depuis quelque temps une méthode qui nous a donné de bons résultats. Désirant traiter les abcès froids par le grattage et l'extirpation, nous faisons dans l'abcès, huit à dix jours avant l'opération, une injection d'éther iodoformé après aspiration du contenu de la poche. Quand ensuite nous faisons l'incision, nous trouvons l'intérieur de la cavité très détergé, tapissé d'une paroi rosée finement granuleuse que nous enlevons par le grattage. La réunion immédiate se fait ensuite avec la plus grande rapidité moyennant une suture et une compression bien faites; le drainage est même le plus souvent inutile et, si on l'emploie, il faut placer un drain de petit calibre et de 2 centimètres de longueur, tout au plus.

Traitement des fractures de la rotule à l'aide d'une griffe spéciale (2).

L'objectif des chirurgiens a toujours été d'obtenir un cal osseux dans la consolidation des fractures de la rotule; on sait combien ce résultat est rare et combien il est difficile d'obtenir une coaptation parfaite des fragments. M. le professeur Duplay et ses élèves ont fait de ce problème de la chirurgie le sujet de leurs études favorites depuis quelques années. Pour eux, la suture osseuse, bien que ses dangers soient notablement diminués par l'application rigoureuse de la méthode antiseptique, ne doit être employée que dans les cas de fractures compliquées ou pour les fractures anciennes, dans lesquelles l'écartement des fragments est un obstacle sérieux au bon fonctionnement du membre. La griffe de Malgaigne ou la griffe modifiée par M. Trélat ont été jusqu'ici les instruments de coaptation les plus compris. Cependant, du fait de certaines imperfections de construction rendant l'application difficile, il résultait souvent que les fragments au lieu de s'affronter régulièrement basculaient en avant ou en arrière; de là difficulté dans la formation du cal, cal difforme gênant et disgracieux.

M. Duplay a si heureusement modifié la griffe de Malgaigne, que le nouvel instrument mérite de porter son nom. L'appareil se compose de deux plaques d'acier de grandeur inégale : la supérieure, large de 4 centimètres à 1 centimètre 1/2 de long; l'inférieure large de 3 centimètres n'a que 1 centimètre en longueur. Chacune de ces plaques est pourvue à la partie inférieure de deux griffes, celles-ci sont écartées, l'une de l'autre de 2 centimètres 1/2 à la plaque supérieure et de 1 1/2 seulement à l'inférieure. A leur face supérieure, ces plaques sont surmontées de deux tubes métalliques et entre ceux-ci sont placés des écrous verticaux dont le calibre porte une empreinte de vis. Dans les doubles tubes passe une pièce d'acier en forme d'épingle à cheveux, destinée à rendre les deux plaques solidaires l'une de l'autre et les écrous sont destinés à recevoir une tige à vis qui les rapprochera ou les écartera suivant le sens dans lequel on tournera la clef. Voici maintenant les règles de l'application de l'appareil : Le membre est dans la rectitude complète, et s'il y a de l'hémarthrose, on aura soin de la faire disparaître soit par la ponction aspiratrice, soit par l'immobilisation et la compression ouatée pendant quelques jours. Le malade étant endormi et un aide relâchant le triceps fémoral, le chirurgien place à l'aide d'un double crochet la griffe supérieure de façon que les dents accrochent bien le bord supérieur de l'os; l'inférieure est posée de façon que la pointe de la rotule soit embrassée entre l'écartement de ses crochets. On place ensuite la pièce métallique en U qui rend les deux plaques solidaires et parallèles à la face antérieure de la rotule ; on les unit et on les rapproche l'une de l'autre au moyen de la vis à tige, jusqu'à ce que les deux fragments soient parfaitement coaptés ; on recouvre la région rotulienne de vaseline boriquée qui protège les petites plaies produites par la pose des crochets et le membre est placé dans une gouttière et maintenu dans une position élevée. Au bout de 30 jours on peut enlever l'appareil ; pendant le traitement on aura soin d'électriser ou de massser légèrement la cuisse, afin de prévenir l'atrophie du triceps. Le cal ainsi obtenu dans un temps beaucoup plus court que par les traitements anciens est souvent osseux ou au moins fibreux très serré. Il est si solide qu'un malade ainsi traité a pu se fracturer de nouveau la rotule, mais le trait de fracture était à 1 centimètre au-dessous du premier.

Traitement chirurgical de quelques accidents de la lithiase rénale et spécialement de l'anurie calculeuse (1).

La lithiase rénale est souvent dévoilée à notre observation par un phénomène douloureux : la *colique néphrétique* qui traduit la migration des cal-

(1) Congrès des chirurgiens allemands.

(2) Duplay, *Archives générales de Médecine*, avril 1887.

(1) Dubuc. — De l'anurie calculeuse. *Journal de médecine de Paris*, avril 1887. — XVIe Congrès des chirurgiens allemands. — Brodeur. Th. Paris, 1886.

culs du bassinet vers la vessie par la voie de plus en plus étroite des uretères. Il peut arriver qu'un calcul plus volumineux s'arrête dans un uretère ; alors on voit survenir une diminution notable de la quantité des urines, des douleurs, et si la voie ne se rétablit pas, le rein se dilate et on dit qu'il y a *hydronéphrose d'origine calculeuse*. D'autres fois les deux uretères sont oblitérés brusquement ou en peu de jours, et on n'a pour reconnaître cette terrible complication qu'un phénomène typique, *l'anurie complète*, ou à peu près complète, car quelques grammes d'urine peuvent encore parfois filtrer entre les faces d'un calcul irrégulier et les parois de l'uretère. M. le Dr Dubuc rapporte une observation très intéressante où l'on voit combien l'indication thérapeutique est parfois difficile à saisir. Un homme de 58 ans, graveleux depuis une dizaine d'années, accuse tout à coup des douleurs dans le flanc gauche et voit la quantité des urines diminuer de moitié ; quatre jours après, les mêmes phénomènes se produisent du côté droit et l'anurie est complète. Il ne rend plus que 30 à 40 grammes d'urine noirâtre ou sanguinolente dans les 24 heures. Pendant une quinzaine de jours on lutte contre ce phénomène et la seule méthode qui donne de bons résultats est l'électrisation de l'uretère au moyen d'un courant faradique dont un des pôles est introduit dans la vessie tandis que l'autre s'applique sur la région lombaire. Sous l'influence de la faradisation, on vit se produire de véritables débâcles urinaires ; néanmoins l'état général s'altère de plus en plus, et le malade succombe après 25 jours d'accidents.

On s'était posé plusieurs fois la question de l'intervention chirurgicale sans s'y résoudre, vu l'obscurité apportée dans ce cas par l'absence de douleurs persistantes dans un des flancs, et l'absence de toute tuméfaction rénale. De plus, la déplétion qui s'observait sous l'influence des courants électriques pouvait faire espérer que le cours naturel des urines se rétablirait de lui-même.

Il est toujours, en effet, dans cette question de calculs du rein des difficultés de diagnostic très sérieuses. M. Lange (de New-York) fait remarquer que, dans quelques cas, tous les symptômes concordent pour faire croire à l'existence d'un calcul et on n'en rencontre pas quand on pratique la néphrotomie. D'autres fois, ils existent depuis longtemps et tout à coup un symptôme grave comme l'anurie calculeuse éclate brusquement. Quand avec des signes de calculs du rein des deux côtés survient de l'anurie calculeuse, de quel côté faut-il intervenir ? On s'accorde en général pour attaquer celui où on reconnaît une augmentation de volume du rein ou un point très douloureux. Quand le malade guérit d'une première intervention, on peut observer plus tard un nouvel accès d'anurie calculeuse. Que faire? Il faut alors aller inciser le rein du côté opposé. Lange a agi de cette façon dans deux cas ; à la première opération il avait incisé un abcès rénal et extrait un calcul oblitérant l'uretère ; les malades avaient été pris quelque temps après d'une nouvelle attaque d'anurie, il avait incisé l'autre rein, et ils avaient guéri.

En résumé, comme le dit Brodeur, dans sa thèse inaugurale, le diagnostic des calculs du rein est parfois des plus obscurs ; on se base en général sur le siège et la nature des douleurs, les antécédents héréditaires et personnels (*gravelle, colique néphrétique*). Quand on a des raisons suffisantes pour intervenir, c'est à la néphrotomie qu'il faut avoir recours, c'est à dire à l'incision du rein par la voie lombaire ; une fois le rein mis à découvert, on cherche à reconnaître par la palpation ou l'acupuncture la situation du calcul, puis on incise le bassinet ou le tissu rénal et on extrait la pierre. Lange se sert même d'un crochet mousse pour dégager les calculs ramifiés qui sont parfois très difficiles à extirper. Souvent le cours normal des urines se rétablit très vite. L'opération donne de bons résultats et est peu dangereuse ; Brodeur en a réuni 25 cas qui ont donné 22 guérisons.

Traitement chirurgical de la lithiase biliaire (1).

Dans les cas de coliques hépatiques répétées et intolérables, avec ou sans distension notable de la vésicule biliaire, Kuester pratique l'opération suivante Après avoir ouvert l'abdomen, il attire au dehors le vésicule biliaire ; il l'ouvre de façon à évacuer complètement son contenu, après quoi il suture l'ouverture et l'abandonne dans l'abdomen qu'il referme. S'il y a une ulcération de la paroi du cholécyste, il resèque la portion malade avant de faire la suture. Kuester préfère ce procédé à l'extirpation de la vésicule ou à l'établissement d'une fistule biliaire. Cependant, dans les cas où la vésicule est remplie de pus, il pense *qu'il vaut mieux en faire l'extirpation*.

Tichendorf et Tillmann préfèrent l'extirpation de la vésicule, car cette opération remédie aux accidents présents de la lithiase biliaire et en même temps elle prévient leur retour en supprimant l'organe formateur des calculs dans la plupart des cas.

Dr Barette.

TRAVAUX ORIGINAUX

Du traitement de l'Obésité par la diète lactée réduite

Par le Dr Le Menant des Chesnais (de Ville-d'Avray)

Communication faite à la Société de Médecine Pratique

Au point de vue clinique nous pouvons considérer trois périodes dans l'évolution de l'obésité.

Dans la première, la quantité de graisse, qui normalement représente la vingtième partie du corps humain, est simplement dépassée, mais ne l'est pas encore en proportions suffisantes pour troubler la santé générale.

La deuxième période, au contraire, est caractérisée par l'apparition des troubles fonctionnels dus à la gêne des organes par une surcharge graisseuse trop considérable.

Enfin, dans une troisième période, aux troubles fonctionnels se joignent des troubles organiques. La graisse non seulement comprime et refoule les organes, mais elle les infiltre et les atrophie. Les désordres qu'elle cause deviennent alors irrémédiables.

A la première période, la santé générale restant bonne, les obèses préfèrent l'ennui de leur hypertrophie graisseuse à celui des privations de régime et des changements d'habitude.

(1) XVIe Congrès des Chirurgiens allemands.

A la troisième période, les lésions des organes les plus importants rendent le plus souvent notre tâche bien ingrate.

Aussi l'époque la plus avantageuse pour l'intervention du médecin est-elle la seconde période.

C'est du reste celle où les obèses sont plus disposés à consulter, les troubles fonctionnels qui caractérisent cette période leur rendant la vie souvent très pénible. C'est aussi le moment le plus intéressant pour le médecin. L'organisme n'est pas encore compromis, tout peut se réparer. Les malades sont plus soumis, et le succès, plus désiré par eux que dans la première période, sera aussi plus manifeste.

C'est l'observation de deux malades encore à cette seconde période que j'ai l'honneur de présenter aujourd'hui à la Société, avec le traitement que je leur ai fait suivre.

Chez l'une et l'autre, l'embonpoint, sans être excessif, constituait cependant une véritable infirmité accompagnée de troubles très pénibles.

Sans se connaître, elles étaient toutes les deux aussi décidées à suivre exactement mes conseils.

L'une d'elles, Mme P., âgée de 53 ans, est de taille moyenne, brune, d'un tempérament sanguin, bilieux et nerveux. Sa constitution est bonne, mais entachée de lymphatisme. Les renseignements qu'elle m'a donnés sur sa famille m'ont paru suffisants pour attribuer son embonpoint plutôt au genre de vie sédentaire et confortable qu'elle a toujours eue, qu'à une prédisposition héréditaire.

Voici son état au 25 octobre 1886, époque à laquelle elle commença son traitement.

Mme P. pèse 188 livres. La moindre course lui cause un essoufflement très pénible et elle ne peut monter son premier étage sans s'arrêter quelques instants au milieu de l'escalier.

Au lit elle ne peut respirer que le buste très relevé, et chaque nuit, quoi qu'elle fasse, des sueurs profuses l'incommodent.

En outre, Mme P. est atteinte, depuis bien des années, d'une hernie ombilicale qui tend à augmenter, d'autant plus qu'elle ne peut supporter aucun bandage autre qu'une ceinture qui la contient mal.

Douée d'un bon appétit, mais ne pouvant faire de l'exercice, elle dort chaque jour après son déjeuner pendant une ou deux heures, et prend chaque jour entre ses repas 2 à 2 litres et demi de liquide.

Depuis quelque temps, quoique intelligente et d'une humeur gaie, elle s'irrite et se fâche pour les motifs les plus futiles, ce qui lui congestionne la tête et lui cause une grande fatigue cérébrale.

Sa sœur est morte folle, et elle craint de le devenir à son tour ou d'être frappée de paralysie.

L'usage fréquent d'une eau minérale alcaline et des purgations salines ne lui procure que des soulagements passagers. La noix vomique, même à très petites doses, lui cause un agacement très grand. Elle souffre de battements de cœur que le bromure de potassium atténue, tandis que la digitale, dès les premières doses, lui cause des angoisses extrêmement pénibles.

Remarquons, en passant, cette action de la digitale. Elle nous prouve dans le cas présent que, si le cœur est gêné par la graisse, du moins ses fibres musculaires ne sont pas dégénérées. L'emploi de la digitale en pareilles circonstances peut donc être un moyen précieux pour connaître l'état plus ou moins graisseux du cœur.

Que les différents troubles dont souffrait cette dame fussent dus à sa surcharge graisseuse, cela ne faisait de doute ni pour elle, ni pour personne.

C'était donc à cette graisse que nous devions nous attaquer.

Bien des régimes ont été institués à cet effet. L'un des plus rationnels et des plus précis est assurément celui formulé par notre maître à tous, le Dr Dujardin-Beaumetz, et dont celui du Dr Germain Sée ne s'écarte que par des divergences beaucoup plus apparentes que réelles.

Mais dans la pratique il nous faut toujours compter avec nos malades. Mme P. n'était pas femme à peser ses aliments, et je ne pouvais compter pour cela sur son entourage. Il fallait lui imposer le régime le plus facile à suivre, et je lui proposai la diète lactée, mais réduite.

Voici comment je réglai cette diète :

1° Suppression absolue de tout aliment ou boisson autre que le lait.

2° Prendre celui-ci par très petites doses, mais renouvelées aussi souvent qu'il sera nécessaire, c'est-à-dire environ une demi-tasse à café chaque fois que la sensation de la faim ou de la soif se fera sentir.

Mme P. accepta de faire l'essai de ce régime avec la persuasion qu'elle ne pourrait le suivre plusieurs jours.

Cependant, au bout de la première semaine, Mme P. n'avait pris chaque jour qu'un litre de lait, et à son grand étonnement, sans souffrir ni de la soif qui disparut dès les premiers jours, ni de la faim, ni d'aucun autre malaise.

Elle a continué ce même traitement pendant encore quatre semaines, sans éprouver le besoin de prendre plus d'un litre un quart par jour, et même dans le courant de la cinquième semaine elle ne prenait pas tout à fait son litre.

Pendant ces cinq semaines, les seuls écarts à son régime ont été les suivants : deux fois Mme P. a pris du bouillon, et, assez souvent, il lui est arrivé, assistant aux repas ou faisant de la cuisine, de lécher la cuiller qu'elle retirait de plats qui lui faisaient envie.

Enfin, dans la dernière semaine, ayant un soir cédé au désir de manger un beignet, elle eut des pesanteurs d'estomac une partie de la nuit.

Tel a été le régime bien simple et librement suivi par cette dame, régime dont je relevai les détails en venant la voir une fois chaque semaine.

En voici les résultats :

La diminution en poids a été

la 1re semaine de.........	5 livres 1/2
la 2e.........................	4 livres
la 3e.........................	4 livres 1/2
la 4e et 5e semaine réunies de	6 livres 1/2

soit 21 livres 1/2 en 35 jours, ou 310 gr. environ par jour.

Les autres modifications dues au traitement ont été :

La disparition du besoin de boire, ou de manger, sans répugnance cependant pour les aliments. Mais cette absence du besoin était telle qu'un jour ayant des courses à faire, la malade se contenta d'une seule tasse de lait prise le matin.

Les nuits sont promptement devenues bonnes :

Disparition des sueurs, ainsi que de la transpiration des pieds, et d'une hypersécrétion ancienne de la muqueuse nasale, possibilité de dormir complètement couchée toute la nuit. Bon sommeil. Disparition du besoin de dormir dans la journée, de l'irritabilité exagérée, des poussées congestives vers la tête.

Mme P. traduit la sensation de bien-être qu'elle éprouve par le mot de « désempâtement général ». Sa marche est bien plus facile, et elle peut faire l'ascension de son premier étage sans dyspnée marquée.

L'expression de son visage est très avantageusement modifiée, il est dégrossi et comme dégonflé. Son regard a beaucoup plus de vivacité et de vie. En un mot Mme P. paraît sensiblement rajeunie ; et elle a le plaisir de se l'entendre dire par tous ceux qui la voient.

En outre, elle se sent beaucoup plus apte aux mouvements et douée d'une plus grande force.

Aussi est-elle enchantée de son traitement qu'elle veut continuer.

Le seul inconvénient causé par le régime lacté a été une constipation très opiniâtre au bout de 5 à 6 jours. Ayant échoué avec des lavements, Mme P. dut recourir à une voisine qui, à l'aide d'une cuiller, la débarrassa de matières sèches et dures.

Cet accident ne s'est pas reproduit grâce à l'usage d'un laxatif doux tous les deux jours, alternant avec une cuillerée à café de miel et soufre le matin à jeun.

A partir de la 6e semaine j'avais engagé Mme P. à diminuer la sévérité de son régime. Malgré cette permission, et vu le peu de besoin qu'elle ressentait, elle prit trois fois seulement à midi un peu de bœuf froid grillé, peu cuit avec de la croûte de pain et un peu de bordeaux coupé d'eau. Aussi son poids diminua encore de 2 livres.

Dans la 7e semaine, elle continua ce seul repas à midi, et même deux fois elle n'a pris que son lait dans toute sa journée. Ces quelques aliments, ainsi qu'une brioche, ont été digérés facilement, sans aucun malaise de l'estomac.

Même diminution que la semaine précédente.

Dans la 8e semaine, elle diminua encore d'une livre 1/2, mais son régime étant resté le même, elle ressent des douleurs d'estomac.

Mme P. les attribue à l'apparition de la neige, qui, dit-elle, lui produit chaque année les mêmes malaises. Je crois que la cause de ces douleurs était la suivante :

L'estomac depuis quelques semaines était comme endormi par le régime lacté exclusif ; aujourd'hui, il se trouve sollicité et réveillé, mais insuffisamment satisfait par les quelques aliments pris par la malade.

Et ce qui le prouve, c'est que dans le courant de la 9e semaine, à l'occasion de la fête de Noël, la malade ayant cessé brusquement son régime pour aller passer dix jours en famille, les douleurs d'estomac disparurent.

Nous devons mentionner aussi la sensation de froid ressentie surtout la nuit depuis le commencement du traitement et due à cette alimentation insuffisante. Elle disparut avec le retour de la nourriture.

Pendant ces dix jours d'absence, Mme P. marcha beaucoup, fit deux repas par jour, prenant peu de féculents, buvant très modérément. En plus, elle a mangé dans ce laps de temps une demi-livre de fondants au chocolat.

Son poids cette fois resta stationnaire.

Pendant les 20 jours suivants, elle s'est remise à une demi-ration alimentaire consistant en :

Café au lait le matin;
Repas ordinaire à midi ;
Et bouillon le soir.

Au bout de ce temps elle avait encore maigri de deux livres, et aujourd'hui, cinq mois après le début de son traitement, et grâce à une certaine surveillance de son régime, elle a diminué en tout de trente livres, et son état de santé est relativement bon.

La seconde observation nous a donné des résultats semblables.

Mme C. a 41 ans, grande, brune, bien développée, tempérament sanguin bilieux.

Son père était maigre, comme ses trois frères, mais tous les quatre ont souffert du rhumatisme. Pas d'antécédents maternels à signaler.

Deux oncles paternels étaient gros.

Elle est depuis bien des années atteinte de migraines revenant tous les deux ou trois jours.

Ses digestions sont souvent laborieuses ; ce qui peut provenir de son grand appétit. Ses règles sont toujours douloureuses et abondantes.

Enfin, depuis trois ans, elle a du catarrhe des bronches qui lui cause des quintes de toux fatigantes et contribue à lui donner de la dyspnée. Par suite de cette dernière, de la fatigue que lui cause tout mouvement et aussi, par l'ennui d'avoir tant d'embonpoint elle sort très peu de chez elle.

Le 7 novembre 1886, elle commence son traitement. Son poids est de 178 livres.

Pendant les cinq premières semaines, elle a suivi exactement le régime : la quantité de lait pris par jour n'a jamais atteint un litre.

Les seules infractions légères qu'elle ait commises sont les suivantes :

Deux fois du bouillon dégraissé, souvent de l'eau rougie, et pendant la 4me semaine 1 fois du café dans son lait du matin, et trois fois de la viande à midi. Dans la 5me deux fois encore elle a pris un peu de viande au repas de midi.

La diminution en poids a été :

1re semaine	4 livres
2me	2 livres
3me, 4me et 5me	10 livres

Quant aux autres résultats, les voici :

Disparition presque immédiate et persistante des migraines qu'elle avait coutume de ressentir plusieurs fois par semaine.

Apparition des règles, cette fois sans douleurs et moins abondantes.

Disparition des maux d'estomac.

Le catarrhe des bronches, qui avait beaucoup diminué pendant les 3 premières semaines, est un peu revenu à partir de la 4me, à la suite d'un refroidissement.

Mme C. constate que ses membres sont bien dégagés, que sa poitrine a sensiblement diminué ainsi que la circonférence de sa taille qui en un mois a perdu 7 centimètres. Comme Mme P., elle se sent plus forte et beaucoup plus disposée à une vie active.

Aussi elle tient à continuer son régime, dont elle n'éprouve aucune souffrance.

Le besoin de manger la tourmente même si peu, que le 12 décembre, au cours de sa 6me semaine, ayant pris du thé le matin, elle alla faire des courses à Paris et faute d'en avoir éprouvé le besoin, ne prit qu'en rentrant le soir un peu de poulet froid.

Les autres jours, en dehors de son lait pendant la 6me, 7me et 8me semaine, elle a pris du thé le matin et un peu de viande grillée à midi.

Comme Mme P., elle a dû combattre la constipation par une eau purgative, tous les deux ou trois jours.

Pendant ces 6e 7e et 8e semaines, son poids ne

paraît pas avoir varié, mais elle sent que son corps a continué à maigrir.

Dans la 9me, les besoins de nourriture se font sentir davantage ; aussi, à partir de la 10me semaine, elle reprend ses deux repas par jour, composés de viandes grillées, de légumes surtout verts et très peu d'aliments farineux ou sucrés.

Cinq semaines plus tard, c'est-à-dire 3 mois et demi après le début du traitement, Mme C. me déclare que sa santé est excellente, sauf son catarrhe qui tend à reparaître.

Mais ses digestions sont très bonnes, elle fait deux repas par jour de viandes non choisies et par conséquent plus ou moins grasses, sans que son poids ait varié. Les repas, quoique moindres qu'autrefois, sont cependant encore assez copieux, mais elle continue à user de très peu de mie de pain, autres farineux et plats sucrés.

Le poids est en ce moment de 163. Elle n'a donc augmenté que d'une livre depuis qu'elle a cessé le régime lacté.

Ses règles, depuis le commencement du traitement, se sont montrées plus fréquentes, mais toujours moins abondantes, et sans souffrance.

L'intention de Mme C. est de recommencer d'ici peu sa diète lactée réduite, qui ne lui coûte pas à suivre et qui lui a rendu la santé.

En face de la netteté et de la précision des résultats obtenus, je n'ai pas voulu attendre un plus grand nombre d'observations pour faire à la Société cette communication.

Comme je l'ai dit plus haut, mes deux clientes ont commencé leur régime avec la conviction qu'elles ne pourraient le continuer plusieurs jours, et cependant, au bout de cinq semaines, elles n'en étaient pas lasses.

Cette méthode a donc chance d'être acceptée et suivie par un grand nombre d'obèses. Elle est par excellence à la portée de toutes les bourses.

Le Dr Germain Sée, dans son traité des dyspepsies, parle de l'action anesthésique de l'acide lactique. Cette action existe peut-être, mais ce qui est certain, c'est que l'introduction d'une petite dose de lait chaque fois que l'estomac sollicite de la nourriture le calme parfaitement et permet ainsi au malade de brûler l'excès de graisse qui trouble son bon fonctionnement sans fatigue pour son tube digestif, et même avec avantage pour ce dernier et ses annexes.

J'espère pouvoir bientôt, à l'aide de nouvelles observations, confirmer les premiers résultats obtenus par cette diète lactée réduite.

Traitement de l'épilepsie.

Une femme, âgée de 35 ans, atteinte d'épilepsie depuis son enfance (3 ou 4 accès par semaine), prend du bromure de potassium. Ce sel produit, au début, une amélioration : les attaques sont moins fréquentes. Cependant, après 18 mois de traitement, environ, et malgré les doses énormes de 12 à 14 grammes de bromure, administrées quotidiennement, les accès reprennent leur fréquence primitive. Je substitue alors au bromure de potassium le bromure d'ammonium. Je formule :

Bromure d'ammonium.....	50 gr.
Eau distillée..........	1 litre.

De 4 à 5 cuillerées à soupe matin et soir pendant trois mois ; pas une crise. La malade essaie alors de renoncer au traitement, mais les attaques reparaissent immédiatement.

A la dose de trois cuillerées, les crises, bien que moins fréquentes, surviennent néanmoins de temps en temps (une fois tous les 15 ou 20 jours environ). Je prescris de nouveau les cinq cuillerées à soupe matin et soir et les accès disparaissent.

Ce traitement a produit de l'amaigrissement assez notable.

Devons-nous conclure de ce fait, et de plusieurs autres que je passe sous silence, parce qu'ils sont moins probants, que le bromure d'ammonium jouit, dans l'espèce, d'un pouvoir curatif que ne possède pas le bromure de potassium ? Je crois que notre conclusion serait trop hâtive. Le seul enseignement que je désire tirer de cette observation, c'est que dans le traitement de cette terrible maladie, il est utile de varier, dans la série des bromures, la nature du sel, et qu'il est souvent nécessaire d'arriver à des doses extrêmement élevées.

Dr Brucy (de Gien).

Traitement de l'angine diphthérique.

Puisque le *Concours* a publié, dans ses derniers numéros, plusieurs articles relatifs à la diphthérie, je crois opportun d'ajouter, au dossier du traitement de cette maladie, une médication, qui, ne m'étant pas du reste absolument personnelle, m'a rendu de signalés services. — Je me souviens d'avoir eu à soigner, l'année dernière, dans la commune de St-Martin-sur-Ocre, où sévissait une épidémie de diphthérie, plusieurs cas d'une angine couenneuse fort grave, que M. Cadet de Gassicourt n'eût pas hésité à classer dans le genre toxique. — Tous les malades atteints ont succombé, sauf cinq ou six traités par la méthode que j'expose plus bas. — Parmi ces cinq ou six malades deux surtout présentaient une diphthérie maligne au premier chef : jetage nasal, larges plaques grisâtres tapissant les amygdales et le voile du palais, engorgements ganglionnaires considérables.

Cette méthode, qui n'est en somme qu'un mode de la méthode antiseptique, et dont j'ai recueilli *passim* les éléments, consiste dans la médication suivante :

1° Comme *traitement interne*, je prescris la potion suivante :

A.	$KO\,Cl\,O^5$ (chlorate de potasse)..	3 à 4 gr.
	Alcoolature ou teinture d'Eucalyptus............	2 gr.
	Sirop de framboises........	50 gr.
	Eau distillée..............	80 gr.

De 2 à 4 cuillerées à soupe par jour selon l'âge du malade.

b. — Tisane de feuilles d'eucalyptus.

c. — Régime tonique : vin, café, cognac, lait, œufs.

2° Le *traitement externe* a consisté en des frictions avec l'onguent mercuriel sur la région amygdalienne répétées trois ou quatre fois par jour et en un gargarisme, employé toutes les 3 heures :

Acide borique....................	10 gr.
Eau..............................	200 gr.

Le traitement de la diphthérie est tellement infidèle que les efforts de tous les praticiens ne sont pas à dédaigner pour concourir à triompher de cette terrible maladie.

Actuellement la méthode antiseptique est à l'essai :

l'avenir et l'expérience nous apprendront si nous sommes dans la bonne voie. Dr BRUCY.

A propos des injections intra-parenchymateuses de teinture d'iode.

La lecture de l'article du Dr Barette (*Concours médical*, n° 5 — 29 janvier 1887), relatif au traitement des goîtres parenchymateux par les injections interstitielles de teinture d'iode, m'a inspiré quelques réflexions que je crois utile de soumettre aux lecteurs du *Concours*.

Ce mode de traitement, proposé dès 1863, par M. Luton, et repris plus tard par d'autres chirurgiens, parmi lesquels on doit compter M. Simon Duplay, et plus récemment M. Terrillon, dérive d'une méthode générale appliquée non seulement au corps thyroïde, mais à tout parenchyme glandulaire, et surtout aux ganglions lymphatiques.

Pour exposer avec plus de clarté les idées que je désire développer, j'établirai deux catégories d'injections : 1° *Injections intra-thyroïdiennes*, 2° *Injections intra-ganglionnaires*.

1° *Injections intra-thyroïdiennes*. — Lorsqu'il a l'intention de pratiquer, dans la région thyroïdienne, l'injection d'un liquide aussi irritant que la teinture d'iode, le chirurgien ne saurait agir avec trop de prudence. Aussi, lorsque le Dr Barette insiste avec autant de détails sur les précautions dont on doit s'entourer en pareil cas, ne doit-il pas être taxé d'exagération. A toutes ses recommandations, j'en ajouterai une qui me semble être d'une importance très grande, pour s'assurer que le liquide ne pénétrera pas dans les tissus situés entre la peau et le corps thyroïde.

Lorsque le doigt a éprouvé cette sensation spéciale d'un arrêt de l'aiguille dans un tissu résistant, on recommandera au malade d'exécuter un mouvement de déglutition. Pendant ce temps, l'opérateur soutiendra l'aiguille entre le pouce et l'index. Si l'aiguille a pénétré dans le parenchyme, on la voit immédiatement suivre le mouvement d'ascension et le mouvement de descente exécutés par le larynx. Dans le cas où l'aiguille aurait glissé entre la peau et le corps thyroïde, elle resterait immobile.

Dans plusieurs cas, j'ai appliqué la méthode indiquée ci-dessus au traitement du goître parenchymateux. Grâce à la précaution citée plus haut, je n'ai vu survenir aucun accident. Mais je dois à la vérité d'ajouter que je n'ai pas obtenu un résultat entièrement satisfaisant. Arrivé à un certain point de régression, le goitre reste stationnaire s'il ne revient même peu à peu à son volume primitif.

2° *Injections intra-ganglionnaires*. — Dans ce genre d'injections, le traitement me semble appelé à un meilleur avenir. Aussi est-il désirable, à mon avis, que ce procédé entre définitivement dans la pratique courante.

Je me rappelle le fait suivant :

Une jeune fille robuste, âgée de 14 ans, se présente à ma consultation en février ou mars 1883. Elle offre en arrière de la branche verticale du maxillaire droit, immédiatement au-dessous du lobule de l'oreille, un ganglion nettement induré et gros comme un œuf de pigeon. Cette tumeur date de plusieurs années. — Tous les traitements externes (pommades, onguents, badigeonnages, etc.) ont été employés en vain. — L'huile de foie de morue, les iodures ont été administrés inutilement pendant fort longtemps.

Je pratique, à ce moment, une première injection de teinture d'iode (0 gr. 50 centigr. environ). — Tous les quinze jours une nouvelle injection est faite à la suite de laquelle survient un gonflement assez notable, suivi bientôt d'une période de résolution. Le traitement a duré près de deux ans. La tumeur a disparu presque complètement. Il ne reste qu'un petit noyau de la grosseur d'un petit pois qu'il a été impossible de faire disparaître. — Depuis deux ans que le traitement est terminé, le ganglion n'a pas repris de développement.

Dans les cas de ganglions, je le répète, le succès me semble devoir être très fréquent, à la condition, bien entendu, que l'injection intra-ganglionnaire ne s'adresse qu'à une tumeur dont tout travail inflammatoire a disparu. Si, au contraire, une inflammation aiguë persistait au sein de la masse, il est évident que l'injection ne ferait que hâter la suppuration. Mais, pour arriver à un résultat satisfaisant, il faut, de la part du chirurgien, une grande persévérance, et, de la part du malade, une patience que nous ne sommes pas habitués à rencontrer fréquemment.

RÉFLEXION. — Pourquoi ce traitement produit-il un meilleur résultat lorsqu'il s'adresse aux goîtres ? C'est, je crois, l'histologie qui devra nous donner une réponse à ce sujet. Mes remarques concernent purement la clinique.

Dr BRUCY (de Gien).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Médecins de colonisation et médecins communaux.

Monsieur le Directeur,

Merci de l'adresse du docteur A......., médecin à D........ (Algérie,) que vous avez bien voulu me donner par l'entremise de mon excellent ami et confrère Mignen, de Montaigu.

Je vous communique la réponse de notre confrère d'Algérie au sujet de la différence existant entre le médecin de colonisation et le médecin communal :

« Le médecin de colonisation est payé par l'Etat et jouit d'une retraite au bout de 25 ans de service. Il possède une liberté presque aussi grande que le médecin ordinaire.

Le médecin communal est payé par la commune et par conséquent sous la dépendance du maire, qui peut le remercier lorsque bon lui semble et en prendre un autre. Il n'a pas droit à la retraite. On ne peut être médecin colonial et communal en même temps, si ce n'est par intérim, un de ces postes devenant vacant et jusqu'à remplacement du titulaire manquant. La situation de médecin communal est toujours la même tandis que celle de médecin de colonisation peut s'améliorer tous les 2 ou 3 ans, soit en augmentant de classe, soit en changeant de poste.

Le médecin communal ne fait jamais de pharmacie.

Le médecin de colonisation en fait presque toujours. »

Voilà les renseignements que le docteur A... m'a prié de vous transmettre pour le *Concours*.

Maintenant, voulez-vous me permettre de vous soumettre un projet qui pourrait être utile, dans ses

applications, aux *membres du Concours* désirant se fixer aux colonies.

Il est impossible d'obtenir des renseignements sérieux et détaillés sur les postes médicaux à prendre en *Algérie*, de l'administration communale. On vous répond une lettre stéréotypée sur le modèle administratif et on ne tient aucun compte de vos questions.

Les desiderata seraient :

1° Obtenir du *gouverneur général* de l'Algérie, ou de son chef de bureau pour le service médical, la liste des postes de médecins de colonisation et de médecins communaux vacants en Algérie, liste qui paraîtrait dans le *Concours* à chaque vacance.

2° Organiser un service de renseignements soit par les confrères du voisinage des postes vacants, soit par des gens honorables connus dans le pays.

Quant à moi, j'ai écrit deux fois à un maire d'une commune d'Algérie pour avoir des renseignements complémentaires. J'ai reçu aux deux fois la même lettre, identiquement semblable, dont voici un échantillon.

« J'ai l'honneur de vous accuser réception de votre lettre par laquelle vous m'avez informé que vous *sollicitiez* l'emploi de médecin communal.

J'ai la satisfaction de vous annoncer qu'après l'examen des nombreuses pièces reçues (60), votre candidature a été acceptée en principe et que vous êtes compris dans le nombre des 5 candidats agréés, etc. etc. Réponse par télégramme demandée. La première venue est acceptée officiellement. »

J'ai reçu la première lettre le 30 mars. J'ai de nouveau écrit ces jours derniers, pour savoir si le poste était pris, priant le maire de vouloir bien me donner les renseignements de détail demandés par deux fois par moi. La réponse a été une reproduction de la première.

Par conséquent, à un mois de distance, la place est encore vacante et les 5 candidats évanouis.

J'hésite à accepter 3,000 fr. de fixe dans ces conditions.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, mes remerciements sincères et l'assurance de mon entier dévouement au *Concours médical*, votre œuvre personnelle.

Dr C. à L..... (Loire-Inférieure).

1er mai 1887.

Les certificats aux employés des administrations et le secret professionnel.

28 avril.

Monsieur le Rédacteur,

J'ai l'honneur de vous mettre au courant d'un incident qui intéressera, j'en suis convaincu, tous mes confrères. Voici le cas. Un facteur du bureau de poste de Daoulas vient me consulter. Je lui donne, vu la gravité de son état, un certificat demandant pour lui 15 jours de repos, mais je n'indique pas la maladie. Le Directeur des Postes me fait dire de compléter mon certificat indiquant la maladie.

Je m'y refuse, invoquant le secret professionnel.

Le Directeur fait encore dans le même sens deux démarches infructueuses.

Enfin, il envoie une dernière note ainsi conçue : « Si M. de Livaudais ne veut pas compléter son certificat, le facteur reprendra son service ou s'adressera à un autre médecin. »

Je m'adresse alors au Ministre des Postes. Je lui demande si le Directeur des Postes de Quimper a le droit d'obliger un médecin à violer l'art. 378 et s'il a le droit d'imposer à son subordonné un autre médecin que celui qu'il a choisi.

Je vous adresse la réponse du Ministre ; vous verrez que les Employés des administrations sont considérés comme hors la loi ; quant à l'art. 378, il paraîtrait qu'il n'existe que pour la forme.

Les Postes, comme toutes les administrations, ont un médecin assermenté qui, à mon avis, n'a pas plus le droit que nous de dévoiler les maladies de ses clients. Si l'administration soupçonne le médecin consulté de complaisance, qu'elle envoie son médecin assermenté. Voilà, je crois, comment les choses devraient être.

Agréez, Monsieur le Rédacteur, l'assurance de mes sentiments distingués.

E. de Livaudais,
Médecin à Daoulas (Finistère).

Paris, le 23 avril 1887.

Monsieur,

Par une lettre en date du 9 avril, vous m'avez prié de vous faire connaître si les médecins qui délivrent des certificats aux agents et sous-agents de mon département sont obligés de constater, sur cette pièce, la nature de la maladie dont se trouve atteint leur client.

Le certificat délivré par un médecin et transmis à l'appui d'une demande de congé, a pour but de faire connaître à l'Administration non seulement qu'un agent est malade, mais encore que cette maladie exige un repos d'une certaine durée. Dans ces conditions, et afin de statuer en connaissance de cause, l'Administration est autorisée à demander au médecin des renseignements sur la nature de la maladie dont se prétend atteint son client.

C'est, en effet, sur le libellé du certificat médical et après que le médecin a émis son opinion sur la nature, la gravité et la durée présumée de la maladie d'un agent, que l'Administration base son appréciation et accorde le congé qu'elle juge nécessaire.

Telles sont, d'ailleurs, les règles adoptées par les assermentés près les administrations publiques, lesquels jusqu'à ce jour, n'ont jamais cru devoir invoquer le secret professionnel en vue de se soustraire à une obligation reconnue et la plupart du temps indispensable.

J'ajouterai, au surplus, que l'Administration ne méconnaît pas le caractère confidentiel des renseignements donnés par les médecins dans leurs certificats.

Recevez, Monsieur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le Ministre des Postes et des Télégraphes.
Pour le Ministre et par son ordre,
Le Chef du Bureau du Personnel,
Desgranges.

Nous estimons que les appréciations de M. de Livaudais sont justes ; nous pensons avec lui que le médecin a le droit et le devoir, malgré le caractère confidentiel que le ministre reconnait aux certificats délivrés à ses employés (caractère sans aucune sanction) de libeller son certificat de la façon suivante :

« Je certifie que .... X. atteint depuis .... de maladie (*aiguë* ou *chronique*), ne pourra remplir ses fonctions habituelles, avant un laps de temps de...... jours et que son affection résulte (ou ne résulte pas) de ses occupations habituelles. »

Si, comme le dit notre confrère, l'Administration désire une plus ample information, elle peut envoyer un médecin spécial chargé d'exercer un contrôle et *après conversation avec le premier médecin*, d'exa-

miner de nouveau le malade, pour faire son certificat définitif.

Si les choses se passaient ainsi, l'Administration et le médecin seraient satisfaits.

Honoraires des consultations entre médecins.

Le Bureau de l'Association de la Haute-Garonne a consacré quelques-unes de ses séances à préparer la solution d'une question délicate qui lui avait été posée et dont les termes ont été ainsi arrêtés et votés dans la réunion d'Aurignac :

« Dans certains cas, un médecin de la ville, appelé en consultation à la campagne, se voit l'objet d'une demande en partage d'honoraires de la part du médecin de la famille. Que faut-il faire dans ces conditions ? »

Telle fut la question.

Après en avoir délibéré, le Bureau proposa, et l'Assemblée vota, la résolution suivante :

« L'Association repousse toute idée de partage constituant une sorte de prime comme contraire à la dignité professionnelle.

« A la campagne comme à la ville, un honoraire de consultation est dû aussi bien au médecin ordinaire qu'au médecin consultant.

« En conséquence, et à moins que le médecin ordinaire n'en juge autrement, la pratique recommandée consiste à déclarer à la famille, au moment du règlement, qu'il est d'usage de rémunérer le médecin ordinaire en même temps que le médecin consultant. »

La presse et les médecins.

Dans ses numéros des 8 et 12 avril 1886, le journal réactionnaire l'*Echo de l'Est*, qui se publie à Bar-le-Duc, accusait un médecin de la commune de Beauzée (Meuse), M. B..., d'avoir, par sa brutalité, causé la mort d'un de ses clients.

M. B.... assigna l'*Echo* en diffamation devant le tribunal de Bar-le-Duc, qui ordonna une enquête sur les imputations formulées contre le praticien.

La cour de Nancy, par arrêt du 19 courant, vient de réformer ce jugement en décidant que l'*Echo* avait notablement excédé les limites du contrôle que peut exercer la presse, usé de mauvaise foi et porté un grave préjudice à M. B...

Elle a condamné l'*Echo* à 10,000 fr. de dommages-intérêts, à l'insertion dans tous les journaux du département, et à l'affichage à la porte des mairies des communes où les faits relevés dans la cause s'étaient produits.

(*Le Temps*.)

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat médical de la Vienne.

Le Syndicat médical de la Vienne s'est réuni le 23 mars, à 2 heures, dans une salle de l'École de médecine, sous la présidence de M. le Dr AUCHÉ. — **38** membres étaient présents.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

MM. GALTIER (de Neuville) ; PINEAU (de Gençay) ; DORVEAU et MAILLARD (de Châtellerault), sont admis à faire partie du Syndicat.

M. DELMAS demande que les questions importantes soient d'abord discutées dans les Cercles.

M. PAQUET-LABROUE : L'article 20 du Règlement répond à cette proposition.

Le Président : L'ordre du jour sera envoyé un mois avant la réunion de l'Assemblée générale, pour que les membres puissent se réunir et le discuter.

Comptes rendus des différents syndicats :

Syndicat de Châtellerault : M. le Dr LABROUE prend la parole :

Mes chers confrères,

Le Cercle de Châtellerault s'est réuni le 7 mars, et je tiens à remercier nos confrères de leur empressement à se rendre à ma convocation. Nous sommes loin déjà des invitations réitérées souvent sans résultat : on s'intéresse davantage au Syndicat et par ce fait on vient plus facilement aux réunions. Nous avions formé le projet de faire ce jour-là ce que vous avez tous fait depuis longtemps, un tarif ; mais la question a été ajournée en raison de deux candidatures nouvelles qui augmenteront le nombre de nos collaborateurs. D'ici peu de jours nous effectuerons donc cette partie importante de notre programme déontologique. Nous avons aussi décidé qu'une demande de décentralisation vous serait adressée aujourd'hui, en ce qui concerne l'agent syndical chargé de recouvrer les honoraires. Nous en parlerons après l'ordre du jour choisi. Enfin, messieurs, notre réunion a présenté un certain intérêt, au point de vue professionnel, que je ne saurais passer sous silence. Nous avons eu la satisfaction d'enrayer un conflit menaçant de s'élever entre deux confrères. Sans connaître les faits, je suis sûr, messieurs, que vous serez heureux d'apprendre que l'affaire s'est arrangée à la satisfaction des deux parties en présence des membres du Cercle et après explications loyales de part et d'autre. Reprenant la thèse qui doit servir de base à notre institution, je dirai : Voilà un nouvel exemple de l'utilité du Syndicat, car, s'il n'eût pas existé, toutes explications entre deux confrères en tête à tête n'aboutissant jamais, c'était une brouille sûre, sans remède et résultant uniquement d'un malentendu. J'ajouterai qu'il vaudrait mieux assurément que la bonne harmonie régnât toujours entre nous ; mais quand le Syndicat aura prouvé suffisamment son pouvoir protecteur et conciliateur tout à la fois, ce jour-là, mes chers confrères, nous n'aurons plus à vous entretenir de menaces de conflits. J'ai fini l'exposé de la situation du Cercle de Châtellerault, mais, avant de terminer, permettez-moi de payer un juste tribut de regrets au jeune confrère Varaillon, décédé depuis notre dernière réunion générale à laquelle il assistait en véritable moribond. D'aucuns lui reprochèrent, dans ces derniers temps, une vivacité exagérée, voisine de l'emportement irréfléchi : je l'accorde ; mais moi qui l'ai vu traîner péniblement presque jusqu'à son dernier jour le boulet professionnel, je les comprends ces changements dans le caractère, et je les excuse en raison surtout des chagrins qu'on ne lui a pas épargnés avant l'heure fatale. Vous vous souvenez, mes chers confrères, de ses ennuis avec une Société de secours mutuels dont je vous entretenais au mois d'octobre ; à peine en eut-il fini de ce côté, qu'il apprit un beau jour que brusquement, sans l'avertir, une Association ouvrière, hors barrière, abonnée avec lui, avait voté son remplacement pour l'année 1887, sous prétexte *qu'il mettait de la négligence dans son service*. Ils étaient sans doute aveugles, ceux-là, ou plutôt ils ne voulaient pas voir que c'était un spectre qui se rendait

à leurs appels, bien plus malade que la plupart de ceux qui le faisaient venir. Cette vive émotion aurait pu, je dirai plus, aurait dû lui être épargnée. C'est encore là, Messieurs, une nouvelle preuve de la nécessité de resserrer de plus en plus nos liens confraternels, afin de lutter, autant que possible, contre ce mépris de plus en plus accentué vis-à-vis de nous, des principes les plus élémentaires de la convenance et du savoir-vivre.

L'ordre du jour porte : Délibération sur l'opportunité de supprimer les amendes pour cause d'absence aux réunions et d'élever en échange le chiffre des cotisations annuelles de 3 à 5 francs. La proposition est adoptée.

Le Président soumet au vote l'adhésion du Syndicat de la Vienne à l'Union des Syndicats de France. Après lecture des statuts le projet est adopté à l'unanimité.

La discussion des projets de loi sur l'exercice de la médecine est mis à l'ordre du jour pour la prochaine réunion. On décide qu'une copie de ces divers projets sera envoyée à chaque sociétaire.

Un des membres fait remarquer que l'exercice de la médecine et de la pharmacie par les sœurs, constitue un préjudice aux médecins de campagne.

M. Lusseau : La même observation a été faite devant le Syndicat de Tours qui a délégué son président auprès de l'Archevêque, lequel a promis d'intervenir.

Un certain nombre de confrères ayant désigné les communes suivantes : Nieuil-l'Espoir, Vicq, Coussay-les-Bois, Paizay-le-Sec, Marnay, Migné, Bourg-Archambault, Vouneuil-sur-Vienne, etc., où les sœurs exercent la pharmacie, l'assemblée décide qu'une délégation composée du bureau sera envoyée près de l'Evêque de Poitiers, pour lui signaler cet abus.

M. le Président annonce avoir reçu une lettre de M. Doucet, de Loudun, demandant à ce que le Syndicat fixe le tarif des honoraires qui peuvent être réclamés aux sociétés de secours mutuels pour les visites et les opérations.

Le Dr Chédevergne propose d'envoyer au cercle de Loudun, le tarif de Montmorillon et de l'engager à maintenir le prix d'un franc pour la visite et à exiger la moitié du prix porté sur ce tarif pour les opérations chirurgicales.

Le président : Le résultat de cette délibération sera soumis à l'Assemblée générale.

La question de l'inspection des enfants assistés est incidemment soulevée. On en renvoie l'étude à la prochaine réunion.

M. Delmas demande l'application de l'article 7 du règlement. L'Assemblée décide que les demandes d'admission devront être adressées un mois au moins avant la séance, de façon à pouvoir être *portées* sur les lettres de convocation et examinées, s'il y a lieu, par les cercles.

Le Dr Guillé demande où en est la question de l'ordre des médecins et fait ressortir l'avantage qu'il y aurait, pour le moment, à ce que les confrères fussent tous membres du Syndicat.

Il est décidé qu'un nouvel appel sera adressé aux confrères non adhérents et que les statuts seront communiqués à tous les jeunes médecins qui viendront s'installer dans le département.

La séance est levée à 4 heures.

Le Secrétaire : Dr Pion.

NOUVELLES

Le *Journal officiel* vient de publier les 85e, 86e, 87e et 88e listes de souscription pour la fondation de l'Institut Pasteur ; elles s'élèvent ensemble à la somme de 44,663 fr. 67, ce qui donne un total à ce jour de 1 million 783,150 fr. 34.

— Un arrêté du 8 juillet 1886 a établi que, désormais, les chirurgiens du bureau central à Paris y resteront jusqu'à ce qu'une vacance se produise dans les hôpitaux, au lieu de n'être nommés que pour une période fixe de cinq ans, comme cela avait lieu depuis 1830. Il s'ensuit qu'il ne peut y avoir qu'une place au Bureau central en 1887, alors qu'en vertu du règlement abrogé, il y en aurait eu trois.

Les candidats au Bureau central se sont émus de cette situation, et ils ont adressé une lettre collective à MM. les membres du conseil de surveillance de l'Assistance publique, dans laquelle ils demandent que l'on atténue dans une juste mesure une transition dont la brusquerie compromet gravement les intérêts de toute une génération de candidats.

— En comité secret, l'Académie des sciences a déclaré vacante une place de membre ordinaire dans la section de médecine et de chirurgie. Il s'agit de remplacer M. P. Bert.

Dès maintenant, les membres de la section se sont mis d'accord pour présenter dans la prochaine séance une liste des candidats classés dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Bouchard ; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Brouardel, Rouget, Germain Sée et Villemin ; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Cornil, Hayem Jaccoud, Lancereaux, Ch. Richet.

Académie de médecine. — Commissions de prix pour 1887 :

Prix de l'Académie. — MM. Larcy, Legouest et Le Fort (Léon).

Prix d'Argenteuil. — MM. Ricord, Guyon et Duplay.

Prix Barbier. — MM. Marjolin, Le Roy de Méricourt et Nocard.

Prix Buignet. — MM. Giraudin-Teulon, Gariel et Schützenberger.

Prix Capuron. — MM. Hervieux, Guéniot et Charpentier.

Prix Civrieux. — MM. Villemin, Peter et Fournier.

Prix Daudet. — MM. Bucquoy, Potain et Siredey.

Prix Desportes. — MM. Hardy, Dujardin-Beaumetz et Germain Sée.

Prix Godard. — MM. Trélat, Panas et Polaillon.

Prix Laval. — MM. Luys, Ball et Bouchard.

Prix Lefèvre. — MM. Empis, Blanche et Mesnet.

Prix Monbinne. — MM. Moutard-Martin, Laboulbène et Lancereaux.

Prix Portal. — MM. Bourdon, Charcot et Cornil.

Prix Vernois. — MM. Rochard, Besnier et Vallin.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André, 3

Neuvième année N° 21 21 Mai 1887

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

A la Faculté de médecine, quelques professeurs ont demandé que les séries d'examens fussent composées à l'avenir d'un professeur et de deux agrégés, au lieu de deux professeurs et d'un agrégé. Cette réforme serait utile en diminuant la lourde tâche des professeurs et en leur permettant de s'occuper davantage de l'enseignement proprement dit.

L'Assistance publique elle-même entre dans la voie des réformes : l'une d'elles, que nous avions réclamée depuis longtemps avec insistance, consiste dans certaines modifications au concours de la médaille d'or de l'internat. Les épreuves orales sont remplacées avantageusement par une épreuve clinique et par une épreuve pratique de laboratoire. De plus, l'interne médaillé d'or recevra une *bourse de voyage*, en dehors des anciens privilèges attribués à ce titre.

La protestation si légitime des candidats au bureau central de chirurgie dont nous donnons plus loin le texte, a été examinée à la dernière séance du conseil de surveillance de l'Assistance publique. M. Robinet a montré combien la nouvelle mesure était mauvaise à tous les points de vue ; il a été naturellement décidé qu'une .... commission serait chargée d'étudier la question générale et de rédiger un rapport .... le plus tôt possible ; ce qui n'engage à rien *la lente* administration de M. Peyron.

Médication iodurée et sulfureuse dans le traitement de la syphilis.

A *la Société médicale des hôpitaux*, (1) M. Martineau continue la discussion sur la thérapeutique générale de la syphilis : cette thérapeutique comprend trois médications : *mercurielle, iodurée, sulfureuse*. La médication mercurielle consiste surtout dans les injections sous-cutanées de peptone hydrargyrique ammonique (1).

(1) Séance du 13 mai 1887.

La médication iodurée est aussi puissante que la médication mercurielle ; elle n'est jamais aussi active que lorsqu'elle a été précédée de la médication mercurielle.

M. Martineau donne les iodures pendant les stades de repos : ainsi la 1re année il donne le mercure pendant deux mois, les iodures pendant les deux mois suivants, et ainsi de suite. La seconde année, la médication mercurielle est employée pendant six semaines à deux mois, la médication iodée pendant un temps égal ; puis le malade reste sans traitement pendant deux mois pour reprendre ce traitement alternant. Il en est de même pendant les 3e et 4e années ; mais les stades de repos sont de plus en plus longs de telle sorte que, pendant la 4e année, le malade ne fait en tout que six mois de traitement, de préférence à l'automne et au printemps.

M. Martineau emploie l'iodure de potassium ou de sodium à la dose de 0,50 centigr. à 1 gramme par jour en solution ou en dragées pendant les repas.

Il n'a recours à la médication sulfureuse, à l'envoi des malades aux eaux sulfureuses, que dans le courant de la troisième année ; il faut attendre, en effet, que la période active de l'intoxication syphilitique soit épuisée ; elle dure deux ans environ. Les observations des médecins hydrologues montrent que les manifestations de la syphilis réapparaissent, avec plus ou moins de gravité, sous l'in-

(1) *Concours médical*, 30 avril 1887.

fluence du traitement ; le médecin ne connait pas à l'avance quelle sera la gravité de ces accidents et il ne peut y exposer son malade en le soumettant à un traitement complet (bains, douches, étuves, boissons).

Les mêmes craintes n'existent pas pour les eaux sulfureuses prises à domicile, loin de la station : elles favorisent la tolérance du mercure, et relèvent souvent l'état général surtout chez les lymphatiques et les scrofuleux.

La médication sulfureuse n'agit pas comme succédané du mercure ou des iodures, mais comme adjuvant : elle favorise la tolérance du sujet pour le mercure, elle active la nutrition générale.

De plus elle sert de *pierre de touche* ; elle constitue un excellent contrôle de la guérison de la syphilis lorsque le syphilitique a été traité.

Elle doit être continuée pendant la quatrième et la cinquième année, alors même que les manifestations ont été légères et fugaces.

Il ne faut pas oublier le traitement pathogénique : à côté du traitement de la syphilis, il y a le traitement du syphilitique dont les tares diathésiques ou autres (alcoolisme, impaludisme, etc.) impriment un cachet tout particulier à la maladie.

M. *Barié* fait une intéressante communication sur le *zona périnéo-anal* chez les tuberculeux ; voici les conclusions qu'il tire de ses observations personnelles et de celles publiées avant lui.

Parmi les troubles nerveux observés dans le cours de la tuberculose pulmonaire chronique, on doit réserver une place au zona qu'il faut toutefois considérer comme une complication rare.

En général ce zona siège sur les parois thoraciques, mais on l'a rencontré dans d'autres régions telles que le cou, la face, les lombes, les membres inférieurs et supérieurs ; il peut siéger également dans la région périnéo-génitale.

L'éruption, quelquefois accompagnée de troubles de la mobilité et de variations thermiques, a été rapportée tantôt à des perturbations vaso-motrices, tantôt à des excitations d'ordre réflexe. Ces hypothèses insuffisantes doivent être rejetées entièrement.

Le zona des tuberculeux, quel que soit son siège, peut reconnaître deux origines ; quelquefois il est lié à des méningo-myélites tuberculeuses ; le plus souvent il est la conséquence des névrites parenchymateuses périphériques. Par cela même, il se rapproche plus volontiers des éruptions vésiculeuses secondaires, en forme d'herpès et d'origine trophique, que du zona véritable, si l'on considère ce dernier comme une entité morbide d'origine infectieuse, ainsi que le veulent certains auteurs contemporains.

M. *Fernet* rapporte, avec tous leurs détails, les observations des huit personnes atteintes de fièvre typhoïde dans l'épidémie locale de Pierrefonds qui a eu lieu en septembre et octobre 1886. On se rappelle que les huit personnes qui habitaient la même maison et qui avaient bu l'eau souillée par des infiltrations de matières fécales, furent atteintes de dothiénenterie. Quatre personnes, qui avaient été atteintes de la maladie quelques années auparavant n'eurent que des formes bénignes. Les quatre autres, indemnes jusqu'alors de tout accident typhique, succombèrent rapidement après avoir présenté des accidents nerveux d'une intensité exceptionnelle, rappelant ceux de la méningite cérébro-spinale ; le torticolis était très-accentué au début. Les symptômes abdominaux furent peu marqués.

Après avoir rappelé les résultats de l'enquête mi-

FEUILLETON

Hygiène thérapeutique

Hôpital Cochin. M. le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ.

De la kinésithérapie.

L'année dernière j'ai abordé, dans une série de conférences, l'étude de l'hygiène alimentaire ; je veux cette année, compléter et terminer ce qui a trait à l'hygiène thérapeutique, en vous exposant comment on peut utiliser le mouvement, l'air, l'eau, etc., pour la cure des maladies. Dans cette série de leçons, je vous exposerai donc successivement la kinésithérapie, le massage, l'hydrothérapie, l'aérothérapie et la climatothérapie. J'espère vous démontrer que ces agents hygiéniques jouent, au même titre que l'alimentation, un rôle considérable et souvent prépondérant, dans la cure d'un grand nombre d'affections ; j'espère aussi que vous voudrez bien accueillir avec le même intérêt et la même bienveillance cette seconde partie de mon cours sur l'hygiène thérapeutique.

Je commencerai par l'étude de l'exercice et du mouvement appliqués à la cure des maladies : on a donné à l'ensemble de ces moyens curatifs le nom de *kinésithérapie* (de γύνησις, mouvement, et θεραπεία, traitement). Je consacrerai cette première leçon à l'histoire de cette gymnastique thérapeutique. Dans la leçon prochaine, nous compléterons ce sujet par l'étude des effets physiologiques produits par la gymnastique, puis par l'examen des méthodes et des modes d'applications de la kinésithérapie.

Je ne veux pas vous retracer entièrement l'histoire de la gymnastique. Je me contenterai donc de résumer, aussi brièvement que possible l'histoire de cette gymnastique médicale. C'est là, comme vous le verrez, une histoire abrégée de l'histoire thérapeutique, qui vous offrira, je l'espère, quelque intérêt.

L'homme préhistorique, disions-nous dans notre première leçon consacrée à l'hygiène thérapeutique, n'employait pour la cure des maladies que des agents tirés de cette hygiène, parmi lesquels il faut placer le mouvement et l'exercice. Obligé de lutter contre les intempéries des saisons, et contre des animaux mieux doués que lui pour la lutte, l'homme préhistorique devait, pour maintenir son existence, se livrer à une gymnastique naturelle, qui lui avait permis d'acquérir une force et une agilité extrêmes.

Il devait aussi se livrer à ces danses que nous voyons exécuter par tous les peuples primitifs, comme l'Australien, le Néo-Calédonien, danse inspirée, comme l'a fort bien dit Letourneau, par la chasse

nuticuse à laquelle se livra le Dr Brouardel, M. Fernet insiste sur ce fait que c'est l'eau qui a été certainement le véhicule de l'agent typhogène ; d'où la double nécessité impérieuse de ne boire aussi bien à la ville qu'à la campagne, que de l'eau filtrée avec soin et de désinfecter complètement les selles typhiques.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 mai.

L'Académie a adopté sans discussion les conclusions du rapport de M. Blot sur la *revaccination obligatoire des enfants des écoles* : toutes les prescriptions qui pourront avoir pour résultat de rendre obligatoire la revaccination à l'entrée dans les écoles, doivent être considérées comme autant de bienfaits pour la population.

M. *Lagneau* lit un intéressant rapport sur *le surmenage intellectuel et la sédentarité dans les écoles* ; il indique d'abord les états morbides attribuables à ces causes (troubles de la vue, myopie, déformations osseuses, troubles de la digestion, phthisie pulmonaire, troubles nerveux) ; puis il insiste sur les mesures hygiéniques propres à les prévenir.

Autant que possible, l'externat doit être substitué à l'internat.

Le sommeil, de plus longue durée pour les enfants que pour les jeunes gens, ne doit pas être, de moins de huit heures pour ces derniers, le cerveau ayant besoin de se reposer des fatigues occasionnées par le travail intellectuel.

La durée quotidienne du travail intellectuel, de huit à vingt ans, progressivement proportionnel à l'âge, ne doit pas être de plus de trois à huit heures.

Le travail intellectuel doit être interrompu par des récréations, des jeux, des chants. La durée des classes de vingt à trente minutes pour les enfants, ne doit pas dépasser une heure ou une heure et quart pour les jeunes gens.

Pour réduire à moins de trois à huit heures, selon les âges, le travail intellectuel comprenant les classes et les études ou devoirs de maison, on doit surtout diminuer les études ou devoirs de maison qui, plus longtemps que les classes, astreignent à l'immobilité.

Les programmes de l'enseignement doivent être réduits proportionnellement au temps donné au travail intellectuel.

Non seulement l'étendue des programmes d'examens doit être limitée, mais aux examens généraux encyclopédiques qui exigent un surmenage intellectuel fatigant, il faut substituer des examens partiels, fréquents, motivant un travail régulier, laissant à l'intelligence le temps de s'assimiler les connaissances multiples successivement étudiées.

En dehors des heures données au sommeil, aux repas, au travail intellectuel, suivant les âges, de dix à six heures doivent chaque jour être données aux jeux, chants, courses, promenades, gymnastique, exercices et manœuvres militaires. Mais pour les jeux, la course, les promenades, la gymnastique, il faut que les élèves aient de l'espace, de la liberté; pour les exercices et manœuvres militaires, il faut que les jeunes gens ayant acquis, durant la période scolaire, cette instruction militaire préparatoire, sachent que plus tard ils seront d'autant moins de temps retenus à l'armée que cette instruction militaire préparatoire aura été reconnue plus complète.

Comme conclusion, l'Académie de médecine appelle l'attention des pouvoirs publics sur les graves conséquences morbides du surmenage intellectuel et de la sédentarité dans les écoles, lycées et écoles spéciales, et sur la nécessité d'apporter de grandes réformes aux modes d'enseignement actuellement adoptés.

Le Dr Roll (de Vienne) est élu membre correspondant étranger.

---

ou par la guerre. Pour les danses de chasse, ces hommes primitifs reproduisent l'allure de l'animal qu'ils viennent d'abattre et la lutte qu'ils ont eu à soutenir ; c'est une danse de joie. Quant à la danse guerrière, elle précède les combats chez tous les peuples, et nous en voyons des types innombrables, depuis la danse anthropophagique du Néo-Calédonien jusqu'à la pyrrhique des Grecs.

Ces danses guerrières sont entremêlées de chants, et l'un des plus curieux est, à coup sûr, celui que de Rochas a placé dans la bouche des Néo-Calédoniens : « Attaquerons-nous l'ennemi ? — Oui. Sont-ils forts ? — Non. — Sont-ils vaillants ? — Non. — Nous les mangerons ? — Oui. »

Mais au seuil de l'histoire du genre humain, c'est chez le peuple chinois et le peuple indien que nous trouvons les premières indications de la coordination des éléments tirés de l'exercice et du mouvement dans un but déterminé. 2698 ans avant notre ère, sous le règne de l'empereur Hoang-Ti, parut un livre, le *Cong-fou*, qui veut dire « l'art de l'homme », où se trouvent longuement exposés tous les principes de la gymnastique, même médicale. Ce livre met en pratique cette maxime chinoise : *Perfectionne-toi complètement chaque jour, fais-le de nouveau et toujours de nouveau.*

Le *Cong-fou* insiste longuement sur la gymnastique respiratoire, et s'efforce d'expliquer par des raisons physiologiques cette nécessité des exercices de la respiration. Pour le livre chinois, c'est le mouvement qui établit l'équilibre de la respiration, et cette respiration est le balancier qui entretient le mouvement et la composition du sang. Enfin, ajoute l'auteur chinois, la respiration change la composition et la proportion des principes du sang. Comme vous le voyez, messieurs, ces idées sont absolument conformes à ce que professe aujourd'hui la physiologie la plus récente.

Je ne vous donnerai pas ici tous les détails dans lesquels entre le *Cong-fou* pour indiquer les mouvements que l'on doit exécuter. Qu'il vous suffise de savoir que l'on admettait trois attitudes ou postures, et que ces attitudes ou postures admettaient elles-mêmes un grand nombre de variétés ; qu'il y avait aussi trois manières de respirer, l'une par la bouche, l'autre par le nez, la troisième par la bouche pour l'inspiration, et par le nez pour l'expiration. Vous verrez qu'aujourd'hui encore nous adoptons, plus de 4500 ans après l'apparition du *Cong-fou*, les mêmes mouvements et les mêmes règles.

Pour nous, qui apparienons aux branches indo-européennes, il est surtout intéressant de connaître ce que la race indoue connaissait de la gymnastique et de ses applications. Lorsque les hommes blancs, les *pandous*, eurent chassé les hommes noirs, *kourous*, qui habitaient originellement le sol de l'Inde, c'est-à-dire vers le XVIe siècle avant notre ère, apparurent les *Vedas*, ces livres sacrés révélés

La discussion assez vive sur l'adéno-phlegmon juxta-pubien et la disposition des lymphatiques de l'utérus, continue entre MM. A. Guérin et le président, M. Sappey ; ce dernier fait la critique de la pièce anatomique invoquée par M. Guérin à l'appui de sa thèse, l'existence d'un ganglion sous-pubien relié par les lymphatiques à l'utérus. Après un échange de paroles assez vives, M. Colin (d'Alfort), essaie en vain de mettre tout le monde d'accord : pour lui, la disposition dont il s'agit peut exister, mais n'être pas constante, constituer une des anomalies si fréquentes dans le système lymphatique ; il se peut encore que M. Guérin se soit trouvé en présence d'une disposition normale, mais exagérée M. Sappey dit oui ; mais, malgré ces concessions. M. Guérin reproche à M. Colin d'être peu familiarisé avec le phlegmon péri-utérin. Il ne s'agit pas seulement de l'inflammation du ganglion, mais encore du tissu cellulaire qui l'environne.

M. *Marty* a expérimenté sur lui-même l'effet des vins plâtrés : il a constaté que les sulfates neutres de chaux et de potasse ont une action funeste sur l'estomac. Aussi, bien qu'il soit difficile d'établir que l'usage des vins légèrement plâtrés soit nuisible à la santé, M. Marty pense que la pratique du plâtrage doit être abandonnée.

M. *Hayem* a essayé de combattre les troubles gastro-intestinaux des enfants en bas-âge et en particulier de la diarrhée verte, par les moyens usités habituellement : réglementation des tétées et de l'alimentation, alcalins, poudres absorbantes ; mais il reconnut que l'acide chlorhydrique, tout en donnant les meilleurs résultats, était encore un remède infidèle.

Ayant constaté que les vomissements et les selles étaient généralement neutres ou légèrement alcalins, il eut l'idée de recourir à l'acide lactique qui lui rendit les plus grands services sous forme de solution à 2 %, à la dose d'une cuillerée à café, un quart d'heure après la tétée (5 à 8 cuillerées à café par 24 heures, soit 40 à 60 centigr. d'acide lactique pur). Les vomissements, s'ils existent, cessent très rapidement ; les garde-robes diminuent en même temps que leur coloration de verte devient jaunâtre. Puis elles deviennent normales, comme nombre et comme nature.

Ces résultats ne se maintiennent qu'à la condition de transporter rigoureusement hors de la salle où on soigne les malades tous les linges souillés par les matières vomies et surtout par les selles, et de les plonger dans une solution de sublimé à 1 0/0.

L'interne de M. Hayem, M. Lesage, a en effet, reconnu dans les matières vertes la présence d'un bacille particulier, qu'il a pu isoler et cultiver et qui produit la matière verte par une sorte d'excrétion. Il a, de plus, remarqué que l'acide lactique faisait avorter, même à faibles doses, les cultures de ce bacille faites sur de la gélatine peptonisée.

Ces recherches paraissent expliquer la contagiosité de la maladie ; mais il ne s'ensuit pas qu'elle puisse être créée de toutes pièces par l'introduction du bacille dans le tube digestif.

L'acide chlorhydrique paraît avoir une certaine efficacité. Tous les acides, du reste, nuisent certainement, en dehors de l'organisme, au développement du bacille.

En dehors des acides, on trouve un grand nombre de désinfectants, parmi lesquels la naphtaline, l'iodoforme, le sulfure noir de mercure, le calomel paraissent mériter d'être mis à l'épreuve.

En résumé, la diarrhée des nourrissons doit sa coloration verte à une matière produite par un bacille particulier.

Elle est probablement préparée par un état dyspeptique qui permet à ce bacille de trouver dans le tube digestif le milieu qui lui convient. M. Hayem se croit, de plus, autorisé à dire qu'elle est contagieuse et que les germes déposés sur les linges tachés par les déjections sont les agents de la contamination.

---

par Brahma. Parmi ces *vedas* se trouve un livre, l'*Ayur-Veda* (la science de la vie), qui est consacré à la médecine.

La tradition mythique veut qu'un sage, Bahradwaja, pour éloigner les maux qui affligeaient l'humanité, se rendit près d'Indra pour demander son secours contre les faiblesses et les infirmités de l'homme. Indra accueillit les prières du sage et lui enseigna les préceptes de l'*Ayur-Veda*.

Cet *Ayur-Veda*, le plus antique livre de médecine indoue, est divisé en huit chapitres, dont un est consacré tout entier à l'alimentation et à l'hygiène. Ces préceptes de l'*Ayur-Veda* ont été reproduits dans un ouvrage de Susruta, où on les trouve encore aujourd'hui. Vous trouverez aussi dans le *Code de Manou*, recueilli vers le XIIIe siècle avant notre ère, des indications précieuses sur l'hygiène du peuple indou. Vous y verrez, comme dans le *Cong-fou*, des préceptes sur les frictions, les massages, les ablutions et surtout sur la manière de respirer.

Le sixième livre des *Lois de Manou* dit, en propres termes : « Le Sanniasi (le dévot) pour se purifier doit se baigner et retenir six fois sa respiration ; il efface ses péchés en retenant sa respiration. » A côté de ces règles religieuses, il faut placer aussi les danses qui avaient lieu aux portes des temples, danses que vous trouverez bien décrites dans l'ouvrage du docteur Edmond Dupouy, et qui, exécutées par les bayadères, faisaient partie de cet ensemble de pratiques auquel on a donné le nom de *prostitution sacrée*.

De l'Inde, la pratique de la gymnastique passe en Égypte, et elle maintient son caractère sacré et guerrier. On insiste surtout sur le caractère militaire de la gymnastique, et sous le nom d'*Agonistique* on constitue un ensemble de manœuvres et de danses guerrières. L'étude des monuments de l'antiquité égyptienne ne laisse aucun doute sur le développement qu'avaient pris ces danses et ces exercices dans l'éducation sociale du peuple égyptien. Vous trouverez dans les travaux de Champollion-Figeac, et surtout dans le grand ouvrage que Krause a consacré à ce sujet, des indications précises sur ces exercices.

Puis nous arrivons à la Grèce, et l'on peut dire aussi à l'apogée de la gymnastique appliquée tant au développement du corps qu'au traitement des diverses maladies. Admirateurs de la beauté physique, dont la statuaire antique nous a donné d'immortelles reproductions, les Grecs ont poussé aussi loin que possible l'application de l'exercice et du mouvement au développement harmonieux du corps, et dans l'éducation de la jeunesse et de l'âge adulte tous les efforts du peuple grec visaient ce but : « Placer l'âme d'un sage dans le corps d'un athlète. »

Les jeux Olympiques et Isthmiques nous montrent par les honneurs presque divins que l'on accorde au vainqueur, l'importance que toute la Grèce at-

MALADIES DES VOIES URINAIRES

Des cystites douloureuses.

Si l'on consulte les divers traités de pathologie externe, on ne tarde pas à se convaincre que la plus grande incertitude existe parmi les auteurs au sujet de la classification des cystites : ainsi les dénominations de purulente, d'hémorrhagique, etc., s'appliquent à des cystites d'origine et de nature essentiellement différentes ; aussi croyons-nous que la base la plus solide et qui prête le moins à la confusion est l'anatomie pathologique ; car la blennorrhagie par exemple, la tuberculose et les calculs donnent lieu à des inflammations vésicales à forme et à marche nettement caractérisées et qui commandent chacune une thérapeutique spéciale.

Le terme de cystite douloureuse mérite cependant d'être conservé, par exception tout au moins. Dans certains cas, la douleur acquiert une intensité telle qu'elle constitue le symptôme dominant devant lequel s'effacent les autres. Il n'y a pas là qu'une question stérile de terminologie ; cette intensité crée des indications thérapeutiques spéciales, et nous verrons qu'elle conduit à des interventions chirurgicales qui ne seraient pas applicables en face d'autres aspects de la même affection. M. Guyon l'a nettement établi dans ses leçons cliniques : « avec l'exagération du symptôme douleur, dit-il, ce qui constitue cette variété c'est sa longue durée, sa continuité sans la moindre accalmie sérieuse et sa résistance à tous les moyens classiques de traitement. » M. Hartmann, dans une thèse récente (1) a réuni un grand nombre de ces faits et a produit un travail des plus substantiels et du plus vif intérêt, auquel nous aurons souvent à renvoyer nos lecteurs.

(1) Hartmann. *Des cystites douloureuses*, Paris, Steinheil, 1887.

Existe-t-il des causes générales sous l'influence desquelles une cystite devient très douloureuse ? Nous devons avouer notre ignorance à cet égard ; la constitution du sujet n'intervient que de la façon la plus vague ; les lésions anatomiques même renseignent mal à cet égard ; une simple excoriation, quelques granulations du col donnent lieu à des douleurs qui manquent dans des cas où toute la muqueuse est exfoliée. Une explication rationnelle du phénomène est proposée par M. Hartmann qui voit la cause de ces douleurs non pas dans la lésion muqueuse, mais dans l'inflammation du muscle sous-jacent : une cystite douloureuse serait en un mot une cystite interstitielle. Sans poser de règle générale, l'ancienneté de la maladie, les traitements mal dirigés, le cathétérisme intempestif, la fréquence des congestions doivent pourtant être signalés. Un point surtout nous arrêtera : nous voulons parler du siège de la douleur. La plupart des auteurs la localisent au col qu'ils croient en état de contracture; il semble, au contraire, que les crises spasmodiques douloureuses soient dues à des contractions de tout l'appareil musculaire de la vessie, et, ce qui le prouve, c'est la rareté de la rétention, l'intolérance au contraire d'une quantité notable d'urine, et l'extrême douleur provoquée par la distension, même faite dans un but thérapeutique, alors que le chirurgien croit devoir pratiquer des lavages vésicaux.

Les symptômes propres aux cystites douloureuses sont tous tirés de la violence des souffrances du malade : nous ne referons pas un tableau que tout le monde connaît. Il y a lieu cependant d'insister sur les moyens de rechercher la douleur ; le palper hypogastrique et le toucher rectal réveillent parfois de la douleur, assez facilement quand la vessie contient du liquide ; quand elle est vide, le fait est rare et indique alors un cas d'une gravité exceptionnelle. — Chez la femme, cette exploration directe est facile par le vagin et donne des renseignements précis sur les régions les plus malades, régions qui,

---

tâchait à la gymnastique. Saint Jean Chrysostome ne nous dit-il pas, en effet, que lorsque l'athlète Exanète revint triomphant des jeux Olympiques, on pratiqua une ouverture dans les murailles de sa ville natale pour laisser entrer les trois cents chars attelés de chevaux blancs qui précédaient le triomphateur.

Nous avons sur la gymnastique grecque des données assez exactes et vous me permettrez de vous les exposer ici rapidement. Les Grecs divisaient les exercices gymnastiques en quatre parties : c'étaient d'abord des exercices naturels, comme la course, le saut, la natation, la marche, la lutte ; c'est ce qu'ils appelaient la *palestrique*, (παλαίω lutter) ; puis venaient les mouvements avec les armes, c'était l'*oplomachie* ; les danses religieuses constituaient l'*orchestrique* ; enfin venait la *gymnastique médicale*, qui constituait pour la médecine grecque une des branches importantes de l'art de guérir.

Les gymnases, où l'on pratiquait à la fois et l'enseignement de la philosophie, et celui des exercices du corps, étaient d'immenses palais où l'on avait accumulé les plus beaux marbres de l'Attique et la plupart des chefs-d'œuvre de la statuaire antique. Athènes comptait quatre de ces grands gymnases, c'était l'Académie, le Lycéum, le Ptolémaion et enfin le Cynosarge, qui, comme son nom l'indique, était réservé aux gens du peuple et aux esclaves.

Là, sous la direction des gymnasiarques aidés de leurs aides appelés les *aliptes*, la jeunesse grecque se livrait à tous les exercices du corps. Pour les hommes, comme pour les femmes, tous ces exercices se pratiquaient complètement nus, car, les Grecs joignaient à l'exercice l'idée de la nudité, comme le prouve le nom de *gymnastique* de Γύμνός. A coup sûr, c'est à la pratique de ces exercices et à cette habitude de rester nu que les sculpteurs grecs ont dû de pouvoir trouver dans les gymnases des modèles de ce que nous considérons encore aujourd'hui comme l'idéal du beau physique. Mais revenons maintenant à la gymnastique médicale.

Hérodicus, l'un des maîtres d'Hippocrate, serait, au point de vue des Grecs, le véritable fondateur de la gymnastique médicale. Ayant apprécié sur lui-même les bons effets de l'exercice qui le guérit d'une maladie réputée incurable, il l'appliqua à la cure d'un grand nombre d'affections, et il poussa jusqu'à l'extrême ces préceptes de gymnastique. Ainsi pour les malades atteints de fièvres, il leur ordonnait d'aller d'Athènes à Eleusis, et d'en revenir sans s'arrêter en passant par Mégare, ce qui représente pour l'aller une distance de 188 stades ou 33 kilomètres. De telle sorte que le fiévreux parcourait sans s'arrêter une distance de 66 kilomètres. Aussi son élève Hippocrate blâme-t-il Hérodicus, et reconnaît que souvent les personnes succombaient à la suite de ces exercices forcés.

dans les deux sexes, sont toujours le col ou le trigone. Le cathétérisme est un moyen qu'on ne devra employer qu'avec circonspection, du moins avec un instrument métallique, parce qu'il est souvent le point de départ de crises douloureuses des plus violentes; un explorateur à boule olivaire au contraire, fait connaître sans exposer à aucun danger, la sensibilité du col, la profondeur de la vessie ; le cathéter métallique doit être réservé à la recherche d'un corps étranger ; rarement il pourra révéler la présence d'une ulcération dans une région déterminée. — Les moyens précédents d'investigation s'adressent à la muqueuse ; les injections vésicales, indiquent l'état de contractilité du muscle vésical, qui réagira d'autant plus énergiquement que l'inflammation sera plus vive et plus profonde. Aussi ne faut-il pas chercher à connaître la capacité vraie, anatomique, d'une vessie douloureuse ; celle-ci est intolérante de toute distension et une quantité minime de liquide suffit pour provoquer des contractions violentes qui l'expulsent.

Tels sont les caractères qu'imprime à une cystite quelconque l'exagération du symptôme douleur. Les moyens thérapeutiques ordinairement employés contre les cystites sont le plus souvent inefficaces. Mais contre la douleur envisagée isolément, les ressources thérapeutiques sont aujourd'hui nombreuses : nous les diviserons avec M. Hartmann en moyens médicaux et chirurgicaux. Les premiers, nous devons l'avouer, restent le plus souvent impuissants ; ils comprennent les narcotiques dont nous ne reproduirons pas ici la liste ; l'opium et la morphine, administrés par les voies gastrique, rectale ou hypodermique, tiennent le premier rang.

L'action chirurgicale peut être exercée au moyen d'injections vésicales ; hâtons-nous d'ajouter qu'il faut accueillir ce procédé avec la plus grande défiance. Utile quelquefois contre les douleurs peu intense, les lavages vésicaux non-seulement échouent contre les cystites douloureuses, mais aggravent la maladie ; en effet, alors que la vessie contracturée tolère à peine quelques grammes d'urine, on ne saurait prétendre lui faire contenir la quantité de liquide nécessaire pour un lavage sans produire une distension et cette distension crée des dangers multiples. Sans parler de la rupture qui s'est produite entre les mains des chirurgiens les plus habiles, elle aura toujours pour conséquence de déterminer une congestion des parois et par suite un redoublement d'intensité des symptômes douloureux et inflammatoires. Il n'en est pas de même des instillations dont nos lecteurs connaissent le manuel opératoire : quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 1/50 au minimum, produisent sur le col une action modificatrice assez puissante pour amener la guérison dans des cas légers ou moyens.

Mais lorsque la cystite a acquis une intensité considérable, lorsque non seulement le corps et le col sont envahis simultanément, mais que le muscle lui-même est enflammé, un seul moyen existe ; celui-là, de date récente, consiste à recourir à une opération qui assure le repos complet de la vessie en supprimant son fonctionnement. Ces moyens diffèrent chez la femme et chez l'homme.

Chez la femme, la dilatation forcée du col et la cystotomie ont été également employées. A considérer non pas les théories, mais les observations et les faits, ces deux opérations agissent d'une façon identique ; elles permettent à l'urine de s'écouler d'une manière continue, supprimant par cela même toute contraction, toute congestion de l'organe. Qu'on ne prétende donc pas diriger la dilatation contre de prétendues hémorrhoïdes ou fissures du col qui sont encore à démontrer anatomiquement ; la distension forcée de l'urèthre et du col ne doit avoir d'autre but que de faire céder le sphincter vésical pour anéantir ses contractions. Quoique les accidents signalés à la suite de cette opération soient rares, néammoins, on a vu de l'infiltration, des hé-

---

Après Hérodicus nous devons citer Iccus. Tandis que le premier exerçait à Athènes, c'est à Tarente, que pratiquait Iccus, qui le premier songea à joindre aux exercices auxquels étaient soumis les athlètes une alimentation spéciale, jetant ainsi les bases de l'entraînement physiologique.

Elevés ou entraînés dans un but exclusif, véritables produits de l'art du gymnaste, les athlètes-triomphateurs dans les jeux Olympiques ou Isthmiques n'offraient cependant qu'une résistance médiocre aux fatigues du travail, à celles surtout de la guerre, et faisaient de médiocres soldats. Aussi Hippocrate, qui résume d'une façon parfaite tous les préceptes tirés de l'application du mouvement et de l'exercice au traitement des maladies, s'élève avec vigueur contre ces abus de la gymnastique et son opinion est résumée dans l'aphorisme suivant : « C'est de la proportion exacte entre l'exercice et la santé que résulte l'harmonie des fonctions. »

En tout cas, la médecine grecque tira un grand parti pour la cure des maladies de la pratique des mouvements et des exercices ; aussi Littré, avec juste raison, considère-t-il la gymnastique médicale comme une des trois origines de la médecine grecque ; les deux autres étaient fournies, l'une, par les préceptes des prêtres d'Esculape, des Asclépiades, l'autre par l'enseignement des philosophes, qui, comme vous le savez, avaient fait entrer l'étude de la médecine dans l'ensemble des sciences qu'ils professaient. A un moment, les Asclépiades furent délaissés, et on suivit presque exclusivement les gymnases où se trouvaient réunis et les gymnasiarques et les philosophes.

Vous trouverez, dans la *Diète salubre*, un passage d'Hippocrate qui rend bien compte de l'idée qu'on se faisait de l'action de la gymnastique dans le traitement des maladies.

« Les foulons, dit Hippocrate, foulent les étoffes sous leurs pieds, il les nettoient, ils les battent, ils les travaillent, ils les lavent et les rendent plus fortes en leur ôtant leurs impuretés ; il en est de même à l'égard de notre corps, et c'est ce que fait la pratique de la gymnastique. »

En passant des Grecs chez les Romains, les exercices gymnastiques se transformèrent. On ne songea plus à s'approcher autant que possible de l'idéal au point de vue de la beauté physique, mais on chercha à créer des soldats d'une part, des gladiateurs de l'autre. En ajoutant aux gymnases les bains, pratique que les Romains avaient puisée en Orient, les Romains modifièrent profondément ces établissements, qui devinrent peu à peu des lieux de débauche et préparèrent les siècles de décadence, et cela malgré les efforts de Musa, médecin d'Auguste, et ceux de Charmis (de Marseille), qui, fondateurs de l'hydrothérapie, substituèrent aux bains de vapeur et aux bains chauds l'usage de l'eau froide.

(A suivre.)

morrhagies, des ruptures du canal, des poussées de cystite et surtout une incontinence d'urine très difficile à guérir, et qui, dans quelques cas, est restée définitive. Aussi, malgré les guérisons et les améliorations qui sont à l'actif de la dilatation dans les 46 observations recueillies par M. Hartmann, croyons-nous qu'à moins d'indications spéciales, on s'exposera à moins de dangers tout en atteignant plus sûrement le but, en pratiquant la taille vésico-vaginale ou kolpocystotomie.

Ici le manuel opératoire est des plus simples, et les accidents sont rares, cependant ; l'hémorrhagie est parfois assez abondante pour exiger, comme dans un cas qui nous est personnel, la ligature de quelques artérioles d'une paroi vésicale à qui l'ancienneté de la maladie avait permis d'atteindre un centimètre d'épaisseur. Cette plaie, même quand elle présente de 3 à 4 centimètres de longueur, a une tendance à se cicatriser spontanément ; un drain en anse passé à la fois par l'urèthre et la plaie s'oppose bien à sa fermeture, mais entretient une irritation vésicale; aussi Bozemann a-t-il proposé d'exciser un segment ovalaire de la vessie ; Emmet nous semble agir plus sagement en suturant de chaque côté la muqueuse vésicale à la muqueuse vaginale pour border chacune des lèvres de la plaie.

Chez l'homme, nous retrouvons les deux mêmes procédés en présence : la dilatation du col et la taille. La dilatation a été faite il y a longtemps soit au moyen de bougies de Beniqué volumineuses, soit par un dilatateur spécial employé par M. Tillaux ; mais les résultats obtenus ainsi n'ont pas été très favorables. Thompson, en développant et vulgarisant l'opération de la boutonnière périnéale, a permis d'agir sur le col d'une manière efficace : il pratique à l'urèthre, en avant de la portion membraneuse, une incision qui permet de porter le doigt ou un instrument dilatateur dans la région prostatique et au travers du col sur lequel on exercera ainsi une action modificatrice. Certaines différences existent entre la manière de faire de M. Thompson et celle de M. Guyon ; le premier se sert de l'index pour pénétrer dans la vessie ; le chirurgien de Necker introduit successivement plusieurs mandrins gradués, guidés par une tige conductrice, et qui atteignent un diamètre de 2 centimètres. Ce qui importe surtout dans cette opération, ce n'est pas de combattre par la dilatation une contracture qui n'existe pas, mais de supprimer le fonctionnement de la vessie ; le pansement consécutif a pour cela une grande importance ; une sonde de très gros calibre est conduite par la plaie dans la vessie dont elle assure l'évacuation continue.

Les divers procédés de taille ont presque tous été employés contre les cystites intenses, et M. Hartmann en a réuni 71 observations. Le manuel opératoire des tailles pratiquées contre les douleurs vésicales ne présente guère de particularités et nous n'avons pas à y insister ; seulement les chirurgiens s'efforcent d'empêcher la cicatrisation trop rapide de la plaie.

Il est difficile de tirer de conclusion définitive dès aujourd'hui, le nombre de faits publiés étant encore trop restreint. Toutefois, il faut prendre garde de se laisser séduire par les résultats d'une opération chirurgicale, si efficace qu'elle paraisse ; on doit épuiser tout d'abord l'ensemble des moyens médicaux et chirurgicaux, et en première ligne employer avec persévérance les instillations de nitrate d'argent qui réussissent le plus souvent contre les cas légers et moyens. Mais quand on a acquis la certitude que la cystite résiste à cette thérapeutique, il faut peser les avantages et les inconvénients, voire même les dangers, si restreints qu'ils soient, d'une opération. Choisira-t-on la dilatation ou la taille chez la femme ? Nous ne cacherons pas notre préférence pour ce dernier moyen. Certes, la dilatation donne de bons résultats, mais de la lecture des observations il ressort ce fait que les cas moyens seulement ont été améliorés par la dilatation et les accidents auxquels elle expose sont assez fréquents pour être pris en sérieuse considération dans le choix du mode opératoire. Chez l'homme il semble *a priori*, en parcourant les tableaux de M. Hartmann que la dilatation est beaucoup moins dangereuse, et les cas de mort sont nombreux au chapitre des tailles, mais les observations prouvent que la dilatation a généralement été employée contre des maladies moins invétérées et moins graves et que la taille a été réservée aux cystites intenses ; dans presque tous les cas de mort une suppuration rénale est notée.

Il ne faut donc pas incriminer d'avance ce procédé, qui nous paraît préférable dans la plupart des cas parce qu'il permet de mieux conduire l'opération et de se rendre un compte exact des lésions. A ce point de vue, la taille hypogastrique a une supériorité incontestable ; c'est ainsi que M. Guyon a pu voir et détruire des tubercules situés sur le trigone vésical ; il en est de même des tumeurs vésicales, et aussi des lésions inflammatoires de la vessie qu'on pourra modifier avantageusement sur certains points par l'application de caustiques divers. Mais, d'une façon ou d'une autre, quel que soit le procédé qu'il employera, le chirurgien se rappellera que c'est un repos absolu qu'il s'agit de donner à l'organe et que son opération doit tendre à assurer pendant un temps variable, suivant l'expression du professeur Guyon, la *suppression physiologique de la vessie*.

Dr E. Desnos.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'ordre des médecins.

Des sages sont hantés par le souvenir des antiques corporations. Ils éprouvent le besoin de maîtres et de lisières, et ils demandent la création d'un *Ordre des médecins*, qui n'améliorerait en rien le sort du praticien et qui ne ferait qu'ajouter de nouvelles et difficiles entraves à une profession pas déjà si ingambe.

Ils se défendent bien fort de vouloir un Ordre comme celui des avocats. Comment comprennent-ils donc leur innovation ?

De ce que, depuis quelque quarante ans, des médecins ont songé à la force que leur donnait l'association et ont essayé d'en faire l'épreuve, ils concluent, eux, qu'il faut enrégimenter le corps médical tout entier et lui imprimer la marche à la baguette.

Il me semble que c'est une erreur — de bonne foi — mais complète.

La profession médicale (car, quoi qu'on dise et qu'on ergote, l'art médical est une simple profession) ne s'exerce pas dans les conditions des autres. Les lois et les tribunaux, du reste, se chargent assez de le démontrer aux médecins en leur faisant payer

des patentes commerciales, tout en leur refusant le bénéfice des syndicats des commerçants ; en leur demandant un dévouement prompt, irréfléchi, à toute épreuve et en le rémunérant d'une façon pour laquelle le qualificatif « dérisoire » est un euphémisme ; en voulant qu'ils soignent avec talent et abnégation des gens qui, un an après, ont le droit de nier leur dette et le devoir de calomnier leurs « seigneurs » — pour solde de compte — en exigeant qu'ils sachent *tout* l'homme, physique et moral, et qu'ils mettent ce savoir au service d'une société qui leur préfère des cuistres et des charlatans que la justice épargne ou flagelle avec des fleurs quand elle ne veut pas les ignorer ; en abusant d'eux, en un mot, ouvertement et sans gaze.

La comparera-t-on, cette profession médicale, à celles dont les membres sont « tabou » par destination, qui gravitent autour d'une idole infaillible, dogme ou loi ; qui exercent dans un temple quelconque, sacré ou légal, et auxquels la pudeur et le haut caractère dont ils sont revêtus ne permettant *pas la revendication* d'un salaire, on octroie d'abord de bonnes et sonnantes provisions?

On paie d'avance un plaidoyer, comme une *messe. Que l'effet en* soit utile ou non, il n'y a plus à revenir sur la question honoraires, à moins que ce ne soit pour s'occuper d'un supplément!

Voit-on d'ici, en France, le véritable médecin se faisant payer provisionnellement! Que le malade trouve le traitement trop long ou pas agréable; *qu'il deviennne « chronique »* ; qu'il meure, et on entendra le concert de récriminations et de reproches — pour ne pas dire plus — qui abasourdira le misérable praticien! Et les réclamations pécuniaires qui entreront en jeu! Quelle jolie mine à procès et à scandales!

Si nous avions un Ordre dans le genre de celui des avocats, c'est pourtant ce qui serait notre perspective!

Les avocats, eux, vivent agglomérés. Une surveillance, même de leur vie privée, est relativement facile. Il n'en est pas de même pour les médecins, dont beaucoup sont nomades. Et je voudrais voir la mine des plus ardents promoteurs de l'Ordre médical quand ils se seraient donné à eux-mêmes des maîtres les tenant à l'œil, les morigénant et leur administrant les férules.

Et puis — et surtout — qu'on veuille donc considérer le caractère du médecin. Il est à part, typique, et il dérive du genre d'études et des milieux fréquentés. Absolument scientifique, la médecine imprime un viril cachet d'indépendance à ses adeptes. La foi, le dogme empêtrent ; la science délie et délivre.

La liberté dans la recherche attrayante de la vérité médicale ; la trempe singulière que donne à l'esprit l'investigation continuelle et générale de la nature ; les déductions qui s'opèrent incessamment dans le cerveau ainsi toujours en éveil sur tout, font du médecin un individu entier, n'admettant pas un joug banal et ne daignant rechercher la force sociale que dans l'équitable et simple association.

Qu'on ne s'ingénie donc pas à fabriquer un Ordre utile à la profession médicale et qui deviendrait fatalement un prétexte à coteries et un instrument d'oppression. Qu'on songe combien est alléchante l'autorité pour certaines natures qui, en possession d'un Ordre hiérarchisé, s'en serviraient avec abus — souvent par pur instinct — et provoqueraient des révoltes.

Les syndicats sont pourtant une excellente idée. Eh bien, on y voit déjà des membres dégoûtés, découragés ou déçus, qui laissent aller les choses à vau-l'eau, parce qu'ils croyaient qu'il suffirait d'une affirmation professionnelle pour être écoutés, protégés et traités avec justice. D'aucuns s'imaginaient exciper d'un pouvoir irrésistible et faire marcher — dans la voie droite — les clients récalcitrants et l'étonnante Thémis!

Que deviendraient ces confrères embrigadés dans l'Ordre médical? Ils n'auraient pas long élan ni ferveur soutenue. Une réprimande, un rien en ferait des moutons enragés qui briseraient règlements et conseil d'Ordre et regagneraient dare dare les ravins incultes, mais libres, de la profession.

Ceux qui bénéficieraient de cette rétrospective corporation, ce seraient les autoritaires et les habiles. Et, pour satisfaire cette aimable espèce d'hommes, est-il bon d'en contrarier irrémissiblement tant d'autres?

Il en sera de l'exercice médical comme de toute autre profession. Il sera libre complètement. S'instruira et se diplômera qui voudra, qui voudra aussi aura recours au praticien instruit.

Et, de fait, n'est-elle pas libre, la médecine — et jusqu'au delà de la licence? Et ne l'a-t-elle pas toujours été? Quand les rois de France — et d'ailleurs — « touchaient » et guérissaient (? ? ?) les écrouelles (des autres)? n'étaient-il pas illégaux quand ils se rendaient solennellement (aux frais de leurs bons peuples), à un moûtier quelconque ou chez un « saint » ermite de haute marque; ne donnaient-ils pas le subversif exemple du recours à des personnes n'ayant point qualité pour exercer l'art médical?

Et lorsqu'on se hâte, en pèlerinage, à la Salette, à Sainte-Macrine, à Fourvières, à Paray-le-Monial, à Lourdes, etc., n'est-ce pas pour se faire soigner et guérir par des moyens et par des gens que les Facultés médicales ne connaissent guère? Et quand le premier venu, un ambassadeur malgache, ou le clerc de notaire de Francillon, vous donne, au courant d'une causerie, un remède infaillible contre la sueur des pieds ou l'impuissance génitale, et vous engage à vous en servir? Quand n'importe qui a le prurit de parler de maladie et d'indiquer des remèdes et d'en demander à n'importe qui également? Quand tout le monde est médecin ici-bas (par « bonté providentielle, » murmurent ceux qui ont oublié d'obtenir un diplôme), c'est à ce moment qu'on voudrait rétrécir et réglementer le droit qu'a chacun de disposer de soi-même et d'avaler des pastilles X. ou de porter, sur son cœur, les vieux bas de tel saint!

Non, non, je crois la prétention trop osée. Et, dame, je suis d'avis qu'on laisse les gens à leur servitude volontaire.

Les sérieux cultiveront la science et pratiqueront la libre association ; leur conscience les approuvera, c'est tout ce qu'il faut!

D[r] P.

Le secret professionnel du Barreau.

Un de nos lecteurs a reçu la lettre suivante qu'il nous prie de reproduire :

Monsieur,

En réponse à votre lettre de ce jour, je m'empresse de vous dire que je n'éprouve nul embarras de vous donner la consultation que vous me demandez. Selon moi, le meilleur juge du secret professionnel est

le dépositaire de ce secret ; à lui seul de juger s'il peut donner ou refuser ce qu'on demande de lui. Sur ce point, je vous avoue que je fais très peu de cas et des auteurs et de la jurisprudence, comme on dit au palais.

Au point de vue du secret professionnel, je suis, comme avoué, à peu près dans la même situation qu'est un médecin ; celui-ci voit le corps, la chair du malade ; moi je vois le dossier, les titres et documents du plaideur. En principe, ce que je vois, ce que je puis conclure comme appréciation, je le garde pour moi seul, et je ne saurais conseiller à une personne qui a pu, à raison de sa profession, savoir une chose qu'elle n'aurait pas connue si elle n'avait pas exercé cette profession, de divulguer les faits qu'elle a connus dans ces circonstances, à qui que ce soit.

Maintenant, en ce qui touche l'affaire de M. B..., je puis vous rassurer. Le certificat que vous pourriez délivrer serait d'un médiocre intérêt pour le prévenu. La question soumise au tribunal ne sera pas de savoir si G... ou si la femme S.. jouissent ou ne jouissent pas à X d'une bonne considération, s'ils prêtent l'un et l'autre prise aux critiques de l'opinion (cela ne peut faire en tout cas qu'un argument de plaidoirie), mais si B... et son fils ont frappé G.. et la femme S.., s'ils leur ont porté des coups et fait des blessures, et si ces coups et ces blessures ont occasionné une incapacité de travail. Alors même que G.. et la femme S... seraient de vulgaires concubins, personne n'a le droit de les frapper, ou de leur faire des blessures !

Veuillez agréer, etc,

M..., Docteur en droit.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

De l'emploi de la Cocaïne dans l'opération de l'hydrocèle

M. V., 21 ans, porteur d'une hydrocèle de la grosseur du poing, est opéré le 5 mai.

Ponction avec un trocart fin de 1 millimètre de diamètre. Issue d'un liquide citrin. Injection dans la tunique vaginale de la solution :

Chlorhydrate de cocaïne....	0.15 centigr.
Eau distillée...............	20 gr.

Ce liquide, par de douces pressions, est mis en contact avec toute la surface de la cavité.

Dix minutes plus tard, injection de la solution suivante :

Teinture d'iode récente.........	45 gr.
Iodure de potassium..............	2 gr.
Eau distillée.....................	100 gr.

Au bout de 3 minutes, les 2/3 de cette solution sont retirés, l'autre 1/3 reste dans la tunique vaginale.

L'injection iodée est faite sans que le malade ressente la moindre douleur. Au bout de 20 minutes seulement quelques élancements se manifestent dans le cordon. Piqûre de morphine de 1/2 centigramme. Toute douleur cesse au bout de 5 minutes et le malade s'endort.

Cette observation démontre que l'injection de cocaïne a empêché le malade de souffrir au moment de la pénétration de la solution iodée dans la tunique vaginale. Ce résultat est encourageant.

Dr Alfred PETIT,
de Clamecy (Nièvre).

VARIÉTÉS

Tromperies sur la marchandise vendue.

Monsieur le Rédacteur,

A propos de votre dernier article intitulé : « Des potions pharmaceutiques comme agents de transmission des germes pathogènes », permettez-moi de venir compléter les renseignements qui vous ont été fournis par le savant hygiéniste d'une station balnéaire sur les étonnants procédés des pharmaciens. J'affirme que, parmi les nombreux pharmaciens que je connais, il n'y en *pas un sur cent* qui se serve d'eau distillée, — pas plutôt de laurier-cerise que de tilleul, ou de laitue ou de plantain, ou d'angélique, etc. Quand ils reçoivent une ordonnance sur laquelle se trouve inscrite une de ces eaux distillées, ces messieurs haussent les épaules en souriant, et remplacent consciencieusement l'eau distillée par de l'eau de puits ou de citerne, — qui souvent n'est même pas filtrée ; — à laquelle, ils ajoutent une ou deux gouttes d'essence quelconque. Et le tour est joué. Il est vrai que ces messieurs sont presque tous des *pharmaciens de seconde* classe, ou de 3e, *ou même de* 4e (??!) ; et que rarement, très rarement, on aura à signaler les mêmes procédés chez les pharmaciens de 1re classe.

Maintenant, voulez-vous savoir comment ces dignes commerçants se font entre eux concurrence ? Le pharmacien A. vient d'apprendre que le pharmacien B. vend l'iodure de potassium à 7 centimes le gramme au lieu de 10 centimes, qui était le tarif habituel. Aussitôt, M. A. se précipite vers le bocal contenant le chlorure de sodium ; et il mélange l'iodure et le chlorure par parties égales ; ce qui lui permettra de vendre l'iodure, non plus à 10 c. ni à 7 cent. le gramme, mais à 5 cent. et même moins, — au prix coûtant, quoi ? — Et le client, qui, pour jouer un bon tour à son médecin ou à ses pharmaciens, car, quand on prend de l'iodure, on connaît toujours plusieurs pharmaciens ; — le client, dis-je, qui va acheter son iodure en vrac, par 30, 60, et 100 grammes, est le 1er attrapé et le 1er volé, lui qui veut attraper la science.

Et la *teinture d'iode* ! qui dira le nombre incalculable de fraudes auxquelles elle a déjà donné lieu ? Pour la vendre à vil prix, il est des pharmaciens qui ont des recettes extraordinaires. D'abord, chacun a la sienne. J'en connais un qui emploie de l'alcool dénaturé, de l'alcool de bois, ou tout autre alcool, le meilleur marché qu'il peut trouver, et dont il abaisse le titre le plus possible, à l'aide de son fameux protoxyde d'hydrogène. Puis, après y avoir fait dissoudre un peu d'iode, plus ou moins sublimé, on colore avec l'extrait de brou de noix, ou un autre extrait foncé, et on donne de la force, du mordant, car le client aime le mordant, — avec de l'huile de croton, qui se dissout très bien dans l'alcool, ou avec une teinture vésicante quelconque, cantharides, euphorbes, etc.

Et si un malheureux médecin, qui a conservé quelque souvenir des formules de Lasègue, veut prescrire à un de ses rhumatisants quelques gouttes de teinture d'iode dans un verre de malaga, voyez-vous d'ici l'effet produit ! Et la grimace du malade ? Et la tête du médecin ! Et pour peu que ce médecin aime à raconter ses déboires, pour peu qu'il rencontre des médecins dans le même cas

que lui : voilà Lasègue deshonoré ! A quoi tient pourtant la réputation d'un médecin ! Et la santé d'un malade !

Et s'il s'agit maintenant de l'injection de cette teinture miraculeuse dans la tunique vaginale, ou dans un kyste quelconque, hydatique ou autre ? — Mais passons, et arrivons au quinquina. Pour le pharmacien, c'est toujours la même question : il s'agit de vendre beaucoup, et plus que le confrère voisin; Or, pour vendre davantage, il faut vendre moins cher, dans les campagnes comme dans les villes, à Paris comme en province. Le client est ainsi. C'est pour cela qu'on vend des poudres de quinquinas gris et jaunes, qui ont déjà été épuisées par l'alcool, au moins une fois, sinon deux. Quand ces poudres sont des poudres de quinquinas vrais et de bons quinquinas, si elles n'ont été épuisées qu'une fois par l'alcool seul, le client n'a rien à dire : il en a pour son argent. — Mais quand ces quinquinas sont des écorces de pruniers, de cerisiers, de frêne, de marronniers et de saule, etc., etc.?

N'allez pas dire que j'invente. Ce que j'affirme, je l'ai vu. J'ai vu vendre toutes ces choses-là, plus ou moins pulvérisées et mélangées, sous le nom de quinquina. Et ce qui est plus fort encore, — je vais vous faire bondir, mais c'est vrai, — j'ai entendu des pharmaciens avouer ces choses-là. L'excuse qu'ils allèguent est toujours le fameux : « *Vulgus vult decipi* », auquel ils répondent cyniquement : « *Decipiatur* ».

En voilà assez pour aujourd'hui. A la fin cela écœure.

Quelle conclusion en tirer ?

1° C'est que la pharmacie n'est pas surveillée comme l'exigerait l'intérêt de la santé publique ;

2° C'est que, chez certains pharmaciens de 2e classe, le sens moral n'est pas aussi développé que l'esprit d'invention.

3° Enfin c'est que ces messieurs, qui se montrent si chatouilleux quand on touche à leurs priviléges, feraient mieux, — au lieu de crier au voleur sur les médecins, — de se rendre dignes de ces priviléges, qui font leur force et qui devraient faire en même temps leur gloire, par l'exécution loyale, scrupuleuse, des prescriptions et des ordonnances du médecin, dont ils ne devraient être, — malgré tout ce qu'ils peuvent penser et dire, — que les auxiliaires et les subordonnés utiles, mais non nécessaires.

Sur ce, mon cher confrère, je vous quitte, en priant Dieu qu'il vous garde des mauvais pharmaciens, vous et vos clients.

Signé : RONDIBILIS.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Union des syndicats.

Séance du 16 avril 1887.

Conformément aux statuts, les membres du bureau de l'Union des syndicats médicaux de France, se sont réunis, le samedi 16 avril 1887, à 2 heures, dans les bureaux du *Concours médical*.

Etaient présents :

MM. Margueritte, *Président honoraire*.
Cézilly, *Vice-président*.
Millet,
Destrem,
Barat-Dulaurier, *Secrétaire-trésorier*.

MM. Dupuy, député, *Président*, et Gibert, du Havre, *Président d'honneur*, s'étaient excusés de ne pouvoir assister à la réunion.

Un certain nombre de questions très intéressantes sont successivement examinées par le bureau.

I. *Affaire du Dr de Bruck*. — Un industriel se disant docteur d'une université étrangère et autorisé à exercer en France, parcourt le pays, se faisant précéder d'annonces merveilleuses d'après lesquelles il guérirait toutes les maladies dites incurables. Sa manière de procéder on ne peut plus incorrecte, ses compromissions avec certaines gens dans le but manifeste d'exploiter la crédulité publique, ont motivé les plaintes d'un grand nombre de confrères. Il y a urgence à faire cesser au plus vite, dans l'intérêt même de la considération du corps médical, des agissements aussi scandaleux.

Dans une localité où M. de Bruck avait annoncé sa prochaine venue, les membres du syndicat local ont adressé une pétition au préfet afin d'empêcher ce personnage de se livrer à son industrie. Le sieur de Bruck prévenu s'est abstenu de paraître.

Il serait à souhaiter que tous les syndicats suivissent la même règle et fissent en temps convenable des démarches auprès de l'autorité locale qui, bien renseignée, ne manquerait pas d'intervenir. Cette règle de conduite serait d'autant plus facile à tenir que l'arrivée du sieur de Bruck est toujours annoncée à l'avance par la distribution à profusion d'une feuille destinée à faire son apologie.

Dans tous les cas, des démarches seront faites pour faire retirer à ce peu intéressant personnage l'autorisation qu'il prétend avoir obtenue d'exercer la médecine en France. Une autorisation d'exercer est toujours révocable et elle ne saurait être maintenue à un individu qui en abuse pour tromper les populations et déshonorer la profession sous le couvert de laquelle il se fait accepter.

II. *Affaire Marchal*. — Un confrère des Vosges, M. le Dr Marchal, ayant été révoqué de ses fonctions de médecin d'hôpital par le conseil d'administration, pour des motifs qui ne paraissent pas admissibles, le syndicat des Vosges, par l'organe de son honorable président, le Dr Lardier, demande que l'Union des Syndicats appuie les revendications du Dr Marchal et fasse des démarches ayant pour but de le faire réintégrer dans ses fonctions de médecin de l'hôpital de Senones.

Il résulte des renseignements fournis que M. Marchal aurait été révoqué surtout à cause de ses opinions politiques et *non pour manquement grave à ses devoirs de médecin d'hôpital*.

Il est déplorable que la politique vienne ainsi se mêler dans des choses où elle n'a rien à faire et les membres du bureau regrettent profondément que dans n'importe quelle circonstance elle puisse priver les indigents des soins éclairés et dévoués des médecins méritant leur confiance.

Mais le dossier fourni étant incomplet, au moment de la réunion, le bureau de l'Union ne saurait efficacement intervenir à l'heure présente. Il ajourne à une époque ultérieure la décision qu'il pourra prendre et assure le syndicat des Vosges de toutes ses sympathies pour le zèle qu'il met à soutenir les intérêts professionnels ; au surplus, conformé

ment au désir exprimé par M. le Dr Lardier, il met à l'étude pour la prochaine assemblée générale, la question des rapports des médecins d'hôpital avec les commissions administratives.

III. *Bulletin*. — Malgré les nombreuses réclamations insérées au journal, tous les secrétaires n'ont pas fait connaître les noms et adresses des membres de leurs Sociétés respectives. Il en résulterait, aux termes d'une délibération antérieure, que le service du *Bulletin des Syndicats* ne devrait plus être fait aux confrères dont on a négligé de nous faire connaître les noms. Mais ce mode de procéder aurait des inconvénients et entraînerait de nombreuses réclamations. En conséquence, il est décidé : 1° Que le Bulletin sera servi TRÈS RÉGULIÈREMENT aux membres des syndicats non abonnés au Concours dont les noms nous ont été communiqués ;

2° Que le supplément du tirage sera consacré à titre de propagande, à un service spécial fait alternativement aux membres des syndicats figurant sur les anciennes listes ;

3° En outre, les membres du bureau expriment le regret que tous les secrétaires n'aient pas envoyé la liste des membres de leurs syndicats et espèrent que les retardataires voudront bien sacrifier un instant de leurs loisirs pour réparer ce qui ne saurait être considéré que comme un oubli.

IV. *Cotisations.* — Quelques syndicats adhérents à l'Union sont en retard pour le paiement de leur cotisation de l'année 1885. Un petit nombre seulement ont adressé le montant de celle de l'année courante. Les membres du bureau prient messieurs les trésoriers de vouloir bien en adresser le montant au trésorier, le Dr Barat-Dulaurier, à Saint-Antoine-sur-l'Isle (Gironde). Les cotisations en retard devront, s'il est possible, être jointes à celles de l'exercice courant. Ces cotisations sont, comme on le sait, fixées à 2 fr. par membre actif des syndicats adhérents, aux termes de la décision prise en assemblée générale, le 9 août 1885.

V. *Délégués.* — Il serait à souhaiter, ainsi qu'on l'a déjà fait observer lors de la dernière assemblée générale, que les compagnies de chemin de fer voulussent bien accorder aux délégués des divers syndicats se rendant à nos réunions, des billets de parcours à prix réduit, ainsi qu'elles le font déjà pour un grand nombre de sociétés. Déjà, à la réunion générale de novembre dernier, un vœu a été émis pour que des démarches fussent faites dans ce sens. Le bureau charge son secrétaire de se mettre en rapport, à cet effet, avec les conseils d'administration des différentes compagnies.

VI. *Demandes de Concours.* — Un confrère dont le nom a été imprimé dans un prospectus répandu à profusion par un ex-curé qui se livre ouvertement à l'exercice illégal de la médecine, s'est cru diffamé parce qu'il est dit dans ce prospectus que le confrère dont il s'agit n'a pas pu guérir une de ses clientes d'une affection dont le susdit ex-curé l'aurait délivrée. Ce curé est sous le coup d'une dénonciation déposée par les médecins de la contrée, et va être poursuivi par le ministère public. Notre confrère demande que l'Union lui vienne en aide et lui fournisse des fonds pour se porter partie civile au procès.

Sans entrer dans l'examen du fait qui, aux yeux de notre confrère, constituerait une diffamation, le bureau estime qu'il s'agit, en ce cas, d'une affaire absolument personnelle et qu'il n'y a pas lieu d'intervenir, d'autant mieux que le syndicat local, s'il le juge convenable a toute qualité pour venir en aide au confrère dont il s'agit. Si le syndicat local faisait appel à l'Union, il y aurait lieu d'examiner la suite à donner à sa demande.

VII. *Prochaine réunion du bureau.* — Sur la proposition de M. le Dr Destrem, le bureau décide que sa prochaine réunion aura lieu au Havre. Il a ainsi voulu donner une nouvelle marque de sympathie aux confrères qui nous ont guidés dans la voie des syndicats et dont le zèle ne s'est pas démenti un seul instant depuis la création de ces institutions.

Plusieurs autres questions professionnelles de la plus haute importance ont été également abordées dans cette séance. Mais elles exigent une étude plus approfondie et elles seront reprises ultérieurement.

La séance est levée et suivie immédiatement de la réunion des membres du comité de direction du Concours Médical.

Le secrétaire,
Ad. BARAT-DULAURIER.

Syndicat de la Vallée-de-l'Hérault

La réunion trimestrielle du syndicat de la Vallée-de-l'Hérault a eu lieu au Pouget, le jeudi 14 avril.

Étaient présents :

MM. Barmy, d'Aniane.
Bédos de Gignac.
Coulet, de Saint-Pargoire.
Gingibre, de Tressan, *Président*
Julien, de Saint-Jean-de-Fos.
Levère, du Pouget.
Liron, du Pouget.
Malabouche, de Gignac, *Vice-Président*.
Moustelon, de Montpayroux.
Vincens, de Saint-André-de-Sangonis.
Rouveyrolis, d'Aniane, *secrétaire*.

Absents :

MM. Azémar, de Saint-Félix-de-Lodez.
Coste, de Saint-André-de-Sangonis.
Lachapelle, de Montarnaud.
Laval, de Saint-Jean-de-Fos.

Monsieur le maire du Pouget avait gracieusement mis à notre disposition une des salles de la mairie.

A deux heures précises, la séance est ouverte par une courte allocution du président, nous engageant à resserrer de plus en plus les liens de bonne confraternité qui unissent tous les membres de notre association, seul moyen efficace que nous ayons de protéger nos intérêts moraux et matériels.

Après, la discussion s'engage sur les questions portées à l'ordre du jour.

1re *Question. — Application de la loi Roussel.*

Tous nos confrères ont pu constater que beaucoup d'articles de cette importante loi ne sont généralement pas exécutés. La réunion émet le vœu suivant :

L'administration supérieure devrait stimuler le zèle de MM. les maires en ce qui concerne la scrupuleuse exécution de toutes les prescriptions de la loi Roussel sur la protection des enfants du premier âge.

2e *Question. — Médecine gratuite. — Liste des indigents.*

Les municipalités se préoccupent trop de leurs intérêts électoraux lorsqu'il s'agit de dresser la liste des indigents de leur commune. De là certaines faveurs préjudiciables aux intérêts des médecins.

Pour ces motifs, la réunion appelle l'attention de

l'administration préfectorale sur la façon irrégulière dont est dressée la liste des indigents dans chaque commune. Le médecin de la circonscription devrait être au moins consulté.

3e *Question. — Sociétés de secours mutuels.*

Les médecins ne veulent plus se laisser exploiter par les sociétés de secours mutuels. Ils s'engagent à n'accepter que des tarifs suffisamment rémunérateurs.

Après avoir épuisé son ordre du jour, l'assemblée offre, par acclamation, la présidence honoraire, à Monsieur le docteur Tédenat, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, en raison de l'appui effectif et moral que cet honorable confrère ne cesse de donner aux praticiens de campagne en général et aux associations syndicales des médecins en particulier.

La séance est levée à 4 heures.

Pour M. le Président,
Le Secrétaire,
Dr Rouveyrolis.

NÉCROLOGIE

La Faculté de médecine de Paris vient de perdre l'un de ses professeurs les plus estimés : M. Vulpian a succombé dans la nuit du 17 au 18 mai à la suite d'accidents pulmonaires qui l'ont enlevé en quelques jours. Bien que sa santé fût un peu ébranlée depuis quelques années et qu'il eût été obligé de quitter prématurément son service de l'Hôtel-Dieu, il continuait cependant son enseignement si suivi à la Faculté.

Reçu docteur en 1854, il se fit bientôt connaître par d'importants travaux de physiologie expérimentale sur le système nerveux ; il subit avec succès les concours pour l'agrégation de la Faculté et pour le bureau central des hôpitaux (1860). Il fut nommé successivement professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine (1868), membre de l'Académie des sciences (1876). En 1872, l'éminent savant quitta la chaire d'anatomie pathologique pour prendre celle de pathologie comparée et expérimentale, nommé doyen de la Faculté de médecine à deux reprises, il donna sa démission lorsque Paul Bert fut nommé ministre de l'instruction publique.

Il fut appelé en consultation auprès du comte de Chambord mourant. Il avait été élu l'année dernière secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences ; c'est lui qui récemment soutenait avec chaleur à l'Académie les résultats de la méthode Pasteur.

Nous ne pouvons rappeler les importants travaux de physiologie et d'anatomie pathologique qui avaient donné à M. Vulpian une si haute notoriété dans le monde scientifique. Homme d'un caractère modeste et indépendant, M. Vulpian était très estimé de ses collègues et très aimé des étudiants et de ses nombreux élèves. Sa perte est un grand deuil pour l'enseignement et pour la science française.

NOUVELLES

Voici la lettre à laquelle nous faisions allusion dans notre dernier numéro :

Assistance publique : Bureau central (*Chirurgie*).

A Messieurs les Membres du Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

Messieurs,

Le mode de recrutement des chirurgiens des hôpitaux vient d'être modifié par un arrêté récent. Jusqu'au 8 juillet 1886, en vertu de l'article 22 du règlement sur le service de santé, les chirurgiens du Bureau central étaient nommés pour une période fixe de cinq années ; ce temps de service expiré, ils attendaient pendant un temps plus ou moins long, occupé d'ailleurs par des suppléances, qu'une place de chirurgien titulaire devînt vacante. En conséquence, chaque année, deux ou trois chirurgiens sortaient du Bureau central et leur remplacement assurait aux candidats un roulement de deux places par an en moyenne, sans parler de celles que pouvaient ajouter les vacances et les créations de services.

C'est en escomptant ce mode de recrutement qu'un grand nombre de candidats se sont engagés dans la voie longue, laborieuse et peu lucrative des concours de chirurgie. Actuellement ces candidats sont au nombre de 25 ; tous ont servi l'Assistance publique en qualité d'internes ; ce sont des prosecteurs, des chefs de clinique, des professeurs agrégés de la Faculté. Ils ont de 28 à 45 ans ; la plupart ont déjà subi plusieurs concours, 2, 4, 6 ou 10. — La moyenne de leur âge est de 34 ans 1/2 ; la moyenne de l'âge auquel les chirurgiens en exercice ont été nommés au Bureau central est de 32 ans. Ils sont donc encore candidats à un âge de près de 3 ans supérieur à celui auquel leurs maîtres entraient au Bureau central.

Il est inutile et nous aurions mauvaise grâce à le faire, d'insister sur la somme des années de travail et de sacrifice représentées par ces vingt-cinq candidats. Et voici que, brusquement, au moment où les besoins de la chirurgie moderne nécessitent la création de nouveaux services et le dédoublement de quelques autres, multipliant ainsi le nombre des places et légitimant les travaux et les espérances de candidats de plus en plus nombreux, voici que ces mêmes candidats ont appris qu'ils n'auraient qu'une place en 1887, alors qu'en vertu du règlement, ils avaient droit de compter sur trois. Ils se sont informés, et on leur a dit qu'un arrêté du 8 juillet 1886 a supprimé l'article 22 et que désormais les chirurgiens du Bureau central y resteront jusqu'à ce qu'une vacance se produise dans les hôpitaux. De ce changement qui anéantit toutes leurs espérances, personne ne les avait prévenus. Chacun de nous, Messieurs, pris isolément, n'est rien ; ensemble nous croyons représenter une part importante de l'avenir de la chirurgie française.

Messieurs, il ne peut entrer dans notre pensée de discuter les motifs ou l'opportunité de la suppression de l'article 22 ; nous venons simplement vous dire ceci : Sur la foi d'un article du règlement en vigueur depuis 1830, un certain nombre d'hommes, au prix des sacrifices que vous savez, se sont engagés dans une voie que l'on vient de fermer brusquement, ou tout au moins de rétrécir dans une mesure désespérante pour la plupart. La brusque suppression de cet article, c'est pour la plupart d'entre nous, l'abandon forcé de toute espérance, la carrière brisée.

Confiants dans la bienveillance et l'esprit de justice du Conseil de surveillance, nous venons vous demander, Messieurs, de bien vouloir atténuer, dans la mesure qui vous paraîtra juste et nécessaire, une transition dont la brusquerie compromet gravement les intérêts de toute une génération de candidats.

Veuillez agréer, Messieurs, l'expression de nos sentiments respectueux : Barette, Beurnier, Broca, Castex Chaput, Coudray, Garnier, Guinard, Hache, Hallé, Jarjavay, Jullien, Labbé, Ménard, Michaud, Nepveu, Petit-Vendol, Ozenne, Picqué, Poirier, Remy, Ricard, Tuffier, Verchère, Walther.

BIBLIOGRAPHIE

A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

Sur un nouveau traitement de la métrite chronique et en particulier de l'endométrite par la galvano-caustique chimique intra-utérine, par le docteur G. Apostoli, professeur libre de gynécologie et d'électrothérapie à l'Ecole pratique. — Une brochure grand in-8° de 70 pages avec figures. Prix : 2 francs.

Le Directeur-Gérant : A. Cezilly.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place St-André, 3

Neuvième année | N° 22 | 28 Mai 1887

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

Election de M. le professeur Ch. Bouchard à l'Académie des sciences.

L'Académie des sciences avait à remplacer Paul Bert dans la section de médecine. De nombreux concurrents s'étaient mis sur les rangs. M. Bouchard, professeur de pathologie et de thérapeutique générales, déjà présenté en première ligne par la section, a été élu au deuxième tour de scrutin, après avoir réuni dès le premier tour le plus grand nombre de suffrages.

Nous applaudissons vivement au choix qu'a fait le plus illustre de nos corps savants. Nul n'a plus contribué que M. Bouchard par ses découvertes, son enseignement oral, ses livres et sa brillante pratique à honorer de toute façon la profession médicale ; c'est bien le médecin, cette fois, dans son acception la plus haute et la plus large, et non seulement le physiologiste, comme cela s'était vu en d'autres circonstances, que l'Académie des sciences a appelé dans son sein. Tous les médecins en éprouveront quelque fierté.

Troubles visuels d'origine dyspeptique (1).

M. *Grandclément* (de Lyon). — On observe souvent des troubles visuels intermittents ou rémittents, qu'on ne peut expliquer ni par des anomalies de la réfraction, ni par des lésions des milieux ou des membranes profondes de l'œil. Il est assez habituel alors de les attribuer d'une façon banale aux nerfs.

Mais, si l'on scrute avec attention l'organisme tout entier, on trouve presque toujours chez ces malades un état défectueux des fonctions digestives ; une dyspepsie plus ou moins invétérée, et quelquefois aussi un trouble de la nutrition (phosphaturie, glycosurie, etc.).

Ces troubles fonctionnels de la vue, cette sorte de *névropathie oculaire* constituent une de ces nombreuses névropathies sympathiques, engendrées par une élaboration vicieuse des aliments, et la formation d'alcaloïdes toxiques ou ptomaïnes qui vont au loin faire naître les troubles les plus variés.

Les troubles visuels que l'on observe alors le plus souvent, consistent dans un endolorissement général du globe oculaire, s'irradiant dans les tempes, le front et même le cuir chevelu ; une hyperesthésie de la rétine, avec photophobie et photopsie plus ou moins intenses, à la suite d'un travail d'accommodation de peu de durée ; d'autres malades accusent des scotomes, de l'hémiopsie, de la polyopie, et surtout des mouches volantes.

On peut guérir ou du moins singulièrement améliorer tous ces névropathes oculaires par une sage hygiène alimentaire et l'usage des laxatifs salins et des alcalins à doses modérées et longtemps continuées.

Dans les cas plus graves, quelques lavages de l'estomac, le repos au lit ou l'usage d'une ceinture hypogastrique pour soutenir l'estomac dilaté ou les intestins rendront des services signalés.

Enfin, lorsqu'on devra pratiquer une opération de quelque importance chez de pareils sujets, en particulier l'extraction de la cataracte, il ne faut jamais omettre de nettoyer au préalable cet organisme infecté de ptomaïnes par des laxatifs, des diurétiques, et une alimentation choisie, réduite au strict minimum.

Nous négligeons trop actuellement cette sorte d'antisepsie générale que les anciens chirurgiens

(1) Congrès d'ophthalmologie, *in Bulletin médical*.

exécutaient avec soin sans se rendre un compte exact de sa raison d'être.

Combinée avec l'antisepsie locale, si perfectionnée de nos jours, elle donne des succès opératoires remarquables.

Troubles de la vision dans le diabète (1).

M. *Rolland* (de Mont-de-Marsan). — La glucose est un poison négatif du sang. Introduite en excès dans le sang par une cause quelconque, elle ne fait pas directement le mal, mais elle empêche cependant le bien, parce qu'elle enraye successivement le jeu de chaque organe.

L'œil est la première victime de l'intoxication du sang par la glucose. Le trouble oculaire n'est pas une complication ultime du diabète sucré, un phénomène de consomption ; c'est un indice révélateur d'une intoxication glucosique, un phénomène de début.

Le trouble oculaire est plus fréquent que le diabète sucré. Tout hyperglycémique ne devient pas diabétique, mais tout hyperglycémique est plus ou moins ophthalmique.

Le trouble oculaire est plus fréquent que la consomption. Un cinquième seulement des diabétiques finissent par consomption et il n'y a pas de diabétique sans un trouble quelconque de la vision.

Si la consomption était la cause des troubles oculaires, tous les processus morbides qui amènent la consomption devraient produire des troubles identiques de la vision. Il n'en est point ainsi.

Le trouble oculaire précède le syndrôme diabète et à plus forte raison la consomption. Cette précocité explique le nombre considérable d'ophthalmiques chez lesquels l'oculiste a l'occasion de dénicher derrière un symptôme oculaire une glycosurie que nul autre symptôme ne trahissait.

Le symptôme n'est pas un phénomène avant-coureur d'une mort prochaine ; quand on aura soin, à l'occasion du moindre trouble visuel, de rechercher le sucre dans le sang avec la même rapidité que dans l'urine, on reconnaîtra mieux encore qu'il y a extrêmement loin du jour où l'hyperglycémie fait perdre la vue au jour où l'hyperglycémie fait perdre la vie.

(1) Congrès d'ophthalmologie. *Bulletin médical.*

Traitement de la tuberculose par les injections rectales d'acide sulfhydrique et d'eucalyptol (1).

M. *Perret* rappelle les principes sur lesquels M. Bergeron s'est appuyé pour instituer sa méthode de traitement et rapporte 18 observations provenant de son service et de celui de M. Chappet ; chez tous ces malades, la présence du bacille avait été constatée d'une façon constante. On injectait matin et soir trois litres d'acide carbonique qui traversaient une demi-bouteille d'eau sulfureuse : quatre fois l'eucalyptol fut substitué à l'eau sulfureuse.

M. Perret a classé ses malades en trois catégories : 1° phthisies fébriles ; 2° phthisies avec apyrexie relative, c'est-à-dire dans lesquelles la température ne s'élevait que passagèrement au-dessus de 38° sans dépasser 38°5 ; 3° les formes apyrétiques vraies. M. Perret montre d'abord que l'état local n'est pas modifié par le traitement et que la tuberculose peut évoluer malgré lui ; il étudie ensuite l'action sur la nutrition, sur la toux et l'expectoration, sur les fonctions du tube digestif, sur le sommeil et sur

(1) Société de médecine de Lyon. *Bulletin médical.*

FEUILLETON

Hygiène thérapeutique

Hôpital Cochin. M. le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ.

De la kinésithérapie.

(Suite et fin.)

Tous les médecins de la période romaine, médecins d'origine grecque bien entendu, signalèrent l'utilité de l'exercice pour le traitement des maladies, et l'on trouve dans le célèbre *Recueil* qu'Oribaze fit en 360 — par les ordres de Julien — de tous les auteurs de l'antiquité qui avaient parlé de la médecine, un livre tout entier consacré à la gymnastique. Ce livre, qui a pour nous, Parisiens, un certain intérêt, puisqu'il est probable qu'il a été écrit à Lutèce, a été traduit par Daremberg. Vous y trouverez les principales indications sur ce que les anciens avaient tiré de la gymnastique pour le traitement des maladies. Il y a même des passages fort intéressants sur la médecine respiratoire.

D'après un passage d'Antyllus, recueilli par Oribaze, la déclamation à haute voix a pour effet de développer la poitrine et d'augmenter la capacité respiratoire, mais cette déclamation doit être repoussée dans tous les cas d'hémoptysie.

D'après Galien, toujours cité par Oribaze, l'exercice est tout mouvement qui fait changer la respiration. Le médecin de Pergame insiste aussi sur les frictions, les massages, et même les mouvements passifs, véritable gymnastique suédoise que l'on appliquait au traitement des fièvres.

A partir du quatrième siècle nous n'avons plus qu'à signaler Aetius au sixième siècle, Alexandre de Tralles et Paul d'Egine, au septième siècle, qui reproduisent dans leurs compilations l'œuvre presque tout entière d'Oribaze. Puis la nuit se fit complète sur tout ce qui a trait aux arts et aux sciences, nuit profonde, et qui dure jusqu'au jour où, sortie du moyen âge, l'Europe voit paraître l'aurore d'une période nouvelle : la Renaissance.

Pendant cette longue période, qui s'étend du sixième siècle au seizième, c'est-à-dire qui comprend un millier d'années, la pratique des exercices corporels ne fut pas abandonnée, et nous la voyons mise en usage pour l'éducation des chevaliers ; et tandis que les uns s'enferment dans les cloîtres et y subissent les règles rigoureuses d'ascétisme que l'on met en pratique en ces lieux, d'autres, au contraire, se livrent aux exercices du corps et constituent cette chevalerie qui, si elle n'a créé ni artistes, ni savants, a fait cependant des hommes forts et vigoureux, capables de supporter ce dur harnais de guerre et ces armures lourdes et massives qui sont encore pour nous un sujet d'étonnement.

L'école arabe, qui seule avait recueilli pendant ce

la température. Il montre aussi que, le plus souvent, le traitement est mal supporté.

M. Perret conclut de ses observations :

1° Que les injections rectales qu'il vient de spécifier ne paraissent pas jouir d'une action microbicide ;

2° Qu'elles peuvent modifier les phénomènes bronchitiques et diminuer l'expectoration ;

3° Qu'elles agissent sur la nutrition, surtout dans les formes apyrétiques, au même titre que les autres médicaments ;

4° Que dès lors elles répondent à des indications particulières.

Action des injections rectales sur les animaux tuberculeux (1).

MM. *Bergeon et Cornil* communiquent les résultats de leurs expériences sur le *traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections gazeuses sulfureuses rectales.*

En octobre dernier, ces auteurs ont pris six lapins de trois mois et les ont rendus tuberculeux en les exposant à des pulvérisations et inhalations de crachats tuberculeux, faites par séances quotidiennes pendant cinq jours consécutifs. Les deux premiers sont restés à Paris, comme témoins : ils sont morts en huit à dix jours. Les quatre autres furent envoyés à la campagne près de Lyon. Un d'entre eux fut gardé comme témoin : quinze jours après il était mort avec de la fièvre, des sueurs nocturnes abondantes, un amaigrissement rapide. Les trois derniers furent soumis deux fois par jour à l'injection rectale de deux litres d'acide carbonique chargé de vapeurs sulfureuses. Le traitement dura treize jours. L'amélioration fut très rapide, marquée surtout sur un des animaux, qui présentait des phénomènes asphyxiques très accentués. Au troisième ou quatrième jour, ces trois lapins avaient repris leur aspect normal. Ils furent renvoyés à Paris, tous bien portants, et là furent sacrifiés successivement en novembre, en décembre, le dernier enfin en avril dernier. Tous trois présentaient alors les apparences de la santé. Mais on trouva dans leurs poumons des foyers caséeux contenant des bacilles. Il est vrai qu'il n'y avait presque pas de granulations jeunes ; que quelques-unes, au contraire, étaient crétacées. Les autres organes étaient sains. La persistance des bacilles prouve que les animaux n'étaient pas guéris. Mais ces expériences démontrent indiscutablement que la médication sulfureuse rectale transforme des accidents rapides en accidents à marche très lente.

(1) Société de biologie.

Un cas d'intoxication par la santonine,
Par M. Laure (1).

Deux jours après une prise de *dix centigrammes* de santonine par un enfant de 3 ans 1/2 on constatait l'état suivant : le petit malade était couché sur le dos, dans un abattement profond, interrompu de temps à autre par des cris stridents : l'enfant fléchissait alors les cuisses et portait les *mains à son* ventre, qui paraissait être le siège de la douleur. Cette crise passée, il retombait dans le même état de somnolence. Le visage était d'une pâleur livide, les yeux excavés et cernés, les pupilles dilatées, la respiration fréquente, le pouls rapide et irrégulier, tandis que la température rectale se maintenait alors au-dessous de 37°. Le ventre était ballonné et sensible à la pression ; l'enfant vomissait fréquemment, et le moindre aliment *était rejeté*

(1) *Tribune Méd.*, 1887.

long espace de temps les traditions de l'antiquité, n'a rien ajouté à la pratique des anciens. Elle l'avait même plutôt affaiblie qu'augmentée, et dans Razès vous ne trouverez que quelques passages fort écourtés sur la gymnastique médicale.

Puis arrive le seizième siècle et la Renaissance, et l'on s'empresse alors de reviser et de collationner les œuvres de l'antiquité éparses en tout lieu. Dans ce travail de recherche et d'annotation, la gymnastique n'est pas oubliée. C'est ainsi que nous voyons Antonio Gazzi, de Padoue, dans la *Florida Corona* — cette couronne, comme il le dit lui-même, formée des plus belles fleurs cueillies dans le champ d'Hippocrate et de Galien, — recueillir tout ce qui a trait à l'hygiène et en particulier à la gymnastique. Enfin, en 1573, à la fin de ce seizième siècle, paraît le premier traité de gymnastique ; il est dû à Mercurialis, qui fut, comme l'a bien dit Hillairet, le précurseur de la gymnastique moderne.

Mais, ce n'est pas tant dans les ouvrages de médecine proprement dits ou d'hygiène que vous trouverez des indications précises sur la gymnastique, c'est surtout chez les philosophes, ou plutôt chez les grands réformateurs, qui s'efforçaient d'apporter dans l'éducation de la jeunesse de sages réformes, et je dois vous signaler Rabelais, Luther et Montaigne.

Dans son immortel ouvrage, Rabelais n'a garde d'oublier l'importance de la gymnastique pour l'éducation du jeune Gargantua, et nous y trouvons les préceptes des anciens accommodés au goût de l'époque. Il insiste surtout sur la gymnastique respiratoire et parmi les exercices que fait exécuter à Gargantua un gentilhomme venu de Touraine, l'écuyer Gymnase, le développement de l'appareil pulmonaire est l'objet de sa sollicitude, comme on peut le juger par le passage suivant : « Et pour s'exercer le thorax et le pulmon criait comme tous les diables. Je l'ouis appelant une fois Eudemon depuis la porte Saint-Victor jusqu'à Montmartre. »

Le grand réformateur Luther est tout aussi affirmatif au sujet de la nécessité de la gymnastique pour l'entretien de la santé. Pour lui, elle « produit « une membrure forte et robuste, tout en entretenant le corps à l'état de santé ; elle peut empêcher la jeunesse de s'abandonner à la paresse, à la débauche, à la boisson et au jeu ». Dans un style encore plus élevé, notre grand philosophe Montaigne, dans sa belle lettre à Diane de Foix, comtesse de Gurson, exprime d'une façon remarquable la nécessité de faire marcher de pair l'éducation physique avec l'éducation morale, et je reconnais, comme Dally, qu'on devrait inscrire la phrase que je vais vous dire sur tous les murs de nos lycées : « Ce n'est pas une âme, ce n'est pas un corps qu'on dresse, c'est un homme, et il n'en faut faire deux, et, comme dit Platon, il ne faut pas les dresser l'un

immédiatement après son ingestion. Une selle, obtenue à la suite d'un lavement purgatif, contenait un liquide d'une teinte rougeâtre. La veille l'enfant avait rendu une urine offrant une coloration sanguinolente (teinte pseudo-hématique due à la santonine). Lait, lavements laxatifs, cataplasmes sur le ventre et l'eau tiède furent prescrits et firent disparaître les accidents.

Empoisonnement aigu par le coton phéniqué chez une petite fille de 22 mois,

par M. Jules Simon. (1)

Tous les observateurs ont été frappés de ce fait, que l'acide phénique était mal toléré dans la première enfance. Le cas cité par M. Jules Simon vient à l'appui des observations antérieures. Une fillette de 22 mois présente une adénite sous-maxillaire qui fut traitée par les badigeonnages iodés; une ulcération succède à l'emploi de cette teinture d'iode qui était ancienne et très caustique. Le médecin ordinaire applique alors sur la plaie une couche de *ouate phéniquée* ; bientôt l'enfant tombe dans la prostration et l'algidité, l'urine devient noire comme de l'encre. La suppression du pansement phéniqué fit cesser rapidement tous les accidents et l'enfant guérit. Il faut donc s'abstenir des préparations phéniquées dans la première enfance; les antiseptiques ne manquent pas (acide borique, sublimé, iodoforme), on n'a que l'embarras du choix.

(1) *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, Mars 1887.

Dangers de l'utilisation des produits tels que le petit-lait et le fromage obtenus avec le lait de vaches tuberculeuses (1).

M. *V. Galtier.* — Pour mieux faire ressortir toute l'importance qui s'attache, dans la pratique, à considérer et à traiter comme un produit dangereux le lait des bêtes phthisiques, j'ai entrepris de démontrer, par des expériences nombreuses et variées, la nocuité des produits qu'on en retire et notamment du fromage et du petit-lait. En voici les conclusions :

Les germes de tuberculose que le lait des vaches phthisiques renferme sont à redouter, non seulement quand ce produit est utilisé cru et sans transformation pour la consommation de l'homme et l'alimentation des animaux, mais aussi quand il est employé à la fabrication des produits que l'industrie laitière en tire habituellement. Ces germes se conservent dans le lait traité par la présure, dans le fromage, dans le petit-lait, et peuvent rendre ces produits dangereux comme l'était le lait d'où on les a tirés. L'homme peut très vraisemblablement s'inoculer des germes de phthisie tuberculeuse en consommant soit du lait cru de vache phthisique, soit du lait caillé, soit du fromage frais, soit du fromage desséché ou salé, soit du petit-lait préparés avec le lait des bêtes tuberculeuses. Les oiseaux de basse-cour et les animaux de l'espèce porcine, pour l'alimentation desquels on utilise dans bien des fermes le petit-lait provenant de la fabrication des fromages, peuvent s'infecter à leur tour quand, parmi les vaches laitières, il s'en trouve qui sont atteintes de tuberculose ; et il n'est pas irrationnel de rattacher à cette cause un certain

(1) Académie des sciences, 9 mai 1887.

---

sans l'autre, mais les conduire également comme un couple de chevaux attelé à même timon. ».

Il ne faut pas oublier non plus les noms de Nicolas Andry et de Tissot. L'irascible doyen de la Faculté, l'adversaire redouté des chirurgiens, Nicolas Andry, qui avait passé sa thèse sur ce sujet assez étrange : *De l'action que peut avoir sur la cure des maladies la gaîté du médecin et l'obéissance du malade*, fit paraître en 1771 un *Traité de l'orthopédie* en deux volumes, où il insiste avec juste raison sur l'importance des mouvements et de l'exercice dans le traitement des difformités du jeune âge.

Tissot, qu'il ne faut pas confondre avec l'auteur de la *Dissertation sur l'onanisme* et de *l'Essai sur la santé des gens du monde*, et qui était, lui, chirurgien-major des chevau-légers, fit paraître en 1780 un *Traité de gymnastique* des plus complets, et qui probablement, comme le dit Collineau dans son ouvrage *la Gymnastique*, a inspiré tous les auteurs étrangers qui ont depuis écrit sur la gymnastique.

Enfin, à la fin du dix-huitième siècle, et en même temps qu'apparaissaient les travaux précédents, la gymnastique entra désormais dans l'éducation, et l'on doit cette introduction au créateur véritable de l'enseignement primaire qui dans un livre, dont le titre paraîtra bien simple et bien naïf à beaucoup de personnes : *Comment Gertrude instruisit ses enfants*, a fondé les bases de l'enseignement intuitif. Je veux parler de Pestalozzi.

Pestalozzi était Suisse du canton d'Unterwald, et nul endroit n'était mieux choisi pour servir de berceau à la gymnastique moderne. Placée au centre de l'Europe, habitée par une population de montagnards habiles aux exercices du corps, la Suisse adopta avec ardeur les idées de Pestalozzi, et l'on vit se créer sous cette impulsion des gymnases à Stanz, à Berthoud, à Yverdon, où accoururent non seulement les Suisses, mais encore les pays voisins ; c'est ainsi que Gulsmuths, originaire de Saxe, devint l'élève de Pestalozzi, et transporta ensuite la méthode en Allemagne ; puis ce fut Natchtigall qui fit de même pour le Danemark ; de telle sorte qu'au commencement de ce siècle, en 1800, trois pays possédaient des gymnases : c'étaient la Suisse, l'Allemagne et le Danemark.

A partir de cette époque la gymnastique devient scolaire et médicale, et nous la voyons se répandre dans tous les pays du globe. Il est surtout quatre noms qui résument les efforts faits dans cette direction pendant la première partie du dix-neuvième siècle, ce sont ceux de Ling pour la Suède, de Jahn pour l'Allemagne, de Clias et d'Amoros pour la France.

Ling, étudiant de l'université d'Upsall, était atteint d'une rétraction des muscles du bras, qui résultait d'une blessure qu'il avait reçue en 1801 dans une bataille navale livrée entre les Anglais et les Danois. Il combattit cette rétraction permanente

nombre de cas de tuberculose de la poule et du porc. En conséquence, il est rigoureusement indiqué, non seulement d'éloigner de la consommation le lait cru des vaches phthisiques ou suspectes, mais encore de ne pas employer ce produit à la fabrication du fromage et du petit-lait ; il convient de le réserver exclusivement pour l'alimentation des animaux et de le soumettre préalablement à l'ébullition.

Effets d'une commotion électrique ressentie pendant le tremblement de terre du 23 février 1887 (1).

M. *Onimus.* — Un gardien de batterie d'un fort, voisin de Nice, étant en communication télégraphique avec un de ses collègues, ressentit tout à coup, pendant le tremblement de terre du 23 février dernier, une violente secousse qui lui fit abandonner le manipulateur et le projeta sur sa chaise, où il resta sans pouvoir remuer pendant quelques minutes. Le bras fut engourdi et ce ne fut que le soir qu'il put reprendre une partie de ses occupations. Le fait étant très important, surtout en raison de sa rareté, j'ai cherché non seulement à le contrôler, mais encore à en préciser les détails, et j'ai pu constater que l'imagination n'était pour rien dans ce phénomène et qu'il s'agissait bien, en réalité, d'une forte commotion électrique reçue au moment précis du tremblement de terre, commotion dont, à l'heure actuelle, c'est-à-dire près de trois mois après, ledit gardien se ressent encore.

(1) Acad. des Sciences.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 mai.

Lecture du discours prononcé par M. Mathias Duval aux obsèques de M. Vulpian.

La séance est levée en signe du deuil, après une courte allocution de M. Sappey.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 23 mai.

Élection d'un membre dans la section de médecine et de chirurgie en remplacement de Paul Bert.

La section présente la liste suivante :

En première ligne, M. Bouchard. — En deuxième ligne, ex æquo, MM. Brouardel, Rouget, G. Sée, Villemin. — En troisième ligne, ex æquo, MM. Cornil, Hayem, Jaccoud, Lancereaux, Ch. Richet. Nombre de votants 61 ; majorité absolue 31. Au premier tour, M. Bouchard obtient 27 voix ; M. G. Sée, 22 ; M. Villemin, 12 ; — Au second tour, M. Bouchard, 32 ; M. G. Sée, 22 ; M. Villemin, 6.

M. Bouchard est proclamé élu.

Après une allocution de M. Janssens, la séance est levée en signe de deuil, pour la mort de M. Vulpian.

CHIRURGIE PRATIQUE

De la cure radicale des hernies (1).

(*Suite et fin.*)

Nous avons étudié, dans la première partie de ce travail, quelles sont les indications qui peuvent conduire le chirurgien à tenter la cure radicale, et nous avons vu qu'elles étaient notablement plus étendues aujourd'hui qu'on ne le croyait jusqu'alors. Il faut maintenant que nous examinions si les conditions nouvelles dans lesquelles on peut faire l'opération autorisent l'intervention, enfin quels sont

(1) Voir *Concours médical*, février 1887, n° 3, p. 100.

du bras par l'escrime, et frappé des résultats remarquables qu'il avait obtenus, il abandonna sa chaire de poésie et de mythologie scandinave pour s'occuper spécialement de la gymnastique.

Il créa cet ensemble d'exercices spéciaux auquel on a donné le nom de *gymnastique suédoise*, et que je vous exposerai longuement dans la leçon prochaine à propos des exercices de gymnastique.

Si, avec Ling, la gymnastique était devenue médicale, et cela au point qu'on a pu le considérer comme le fondateur de la kinésithérapie moderne, avec Jahn elle prend une autre allure et devient patriotique et militaire. Jahn veut que la gymnastique serve au triomphe de l'idée allemande. Il prend comme devise : *Liberté, Autonomie, Gloire de la Patrie.*

Pour la France, c'est à Clias et à Amoros que nous devons l'établissement des premiers gymnases. Clias était né à Berne en 1780 ; il devint professeur à l'Académie de cette ville, puis vint en France, passa en Angleterre pour revenir ensuite en France, portant partout ses préceptes de gymnastique. C'est dans un rapport à la Société de médecine de Paris que l'on trouve les indications les plus précises sur son enseignement de la gymnastique.

Amoros, lui, était Espagnol. Des raisons politiques l'exilèrent de son pays, et il vint se fixer en France et consacra sa vie à la propagation de la gymnastique. J'ai moi-même, quand j'étais enfant, assisté aux exercices du colonel Amoros. Ces exercices se passaient alors dans un immense gymnase qu'il avait fait construire aux Champs-Elysées, dans la rue qui porte aujourd'hui le nom de Jean-Goujon. Là on conduisait, les jeudis et les dimanches, les élèves des différentes pensions et lorsque les exercices par section étaient terminés, on nous réunissait tous ; le colonel Amoros apparaissait, et on exécutait alors en chantant des exercices d'ensemble qui constituaient surtout la méthode d'Amoros.

Depuis Clias et Amoros la gymnastique s'est développée rapidement en France ; elle est devenue obligatoire dans l'enseignement primaire et, de plus, dans l'armée, les mouvements d'ensemble et d'assouplissement ont pris un grand développement.

Parmi les nombreux maîtres de gymnastique, il en est un que je tiens à citer, et cela surtout parce que, par un étrange oubli, son nom ne se trouve même pas dans la thèse, d'ailleurs fort intéressante, du docteur Chancerel : je veux parler de Napoléon Laisné. Ce fut lui qui, le premier, professa la gymnastique dans les hôpitaux d'enfants, et sous la direction de Blache et celle de Bouvier, appliqua dans nos hôpitaux la gymnastique à la cure de certaines affections convulsives comme la chorée. Aujourd'hui encore, malgré son âge avancé, Laisné n'a cessé de professer et de diriger l'enseignement de la gymnastique dans nos hôpitaux et dans nos écoles.

ses résultats anatomiques et fonctionnels immédiats et consécutifs ?

On peut hautement aujourd'hui, sans crainte d'être taxé de témérité, dire que la cure radicale est une opération qui mérite que l'on s'en occupe. Comme le fait observer M. Lucas-Championnière, elle remédie à la vie précaire et exposée à mille dangers des porteurs de bandage. Les statistiques peuvent bien démontrer encore qu'elle ne guérit pas tous les opérés, mais au moins, elle les met toujours dans une situation meilleure que celle où ils étaient avant l'intervention.

La cure radicale a bénéficié dans une large mesure des bienfaits de la chirurgie moderne. La méthode antiseptique a, en effet, permis de travailler sur le péritoine avec beaucoup plus de sécurité qu'autrefois ; le nier serait méconnaître la lumière du jour. Aussi voit-on progressivement disparaître toutes les complications qui ont pu aggraver le pronostic dans le début. Et parallèlement on ne trouve plus la raison d'être des opérations pratiquées par la méthode sous-cutanée, avec leurs procédés si multiples, si variés et aussi le plus souvent infidèles.

Mais pour que la cure radicale soit entre les mains du chirurgien une opération tout à fait bénigne, il ne faut pas qu'il se contente d'une antisepsie approximative : il faut que celle-ci soit irréprochable, et que l'on n'ait point le moindre accident de suppuration. De plus, on doit se proposer un autre but : la réunion immédiate des parties divisées ; c'est là la seule condition pour avoir une réparation solide de la région herniaire ; c'est l'application d'un principe de chirurgie générale sur lequel nous ne nous lassons pas d'insister, à savoir que la meilleure réparation des tissus, celle que l'on doit toujours poursuivre, ne peut s'obtenir que par la réunion par première intention. Le tissu de cicatrice n'est qu'un pis-aller auquel on ne doit se résoudre que vaincu par la nécessité.

Aujourd'hui donc, il semble que l'on ait tout à fait abandonné toutes les méthodes autres que celles qui se pratiquent à ciel ouvert. Néanmoins nous dirons quelques mots d'un procédé qui semble inoffensif et qui peut rendre quelques services dans le traitement des hernies de l'enfance, nous voulons parler de la méthode des injections sous-cutanées. La plupart des hernies de l'enfance, avons-nous dit, dans la première partie de ce travail, peuvent être guéries d'une façon définitive par l'application persistante d'un bandage. Celui-ci paraît agir en provoquant un travail irritatif, lent, grâce auquel les tissus de l'orifice herniaire se fortifient, se resserrent et finissent par former une barrière définitivement fermée. Le Dr *Luton* (de Reims) songea en 1875 à appliquer à la cure des *hernies ombilicales de l'enfance* un procédé qu'il avait nombre de fois expérimenté dans la cure d'autres affections. Se servant d'une *solution de sel marin*, saturée à froid et filtrée, il en injectait à l'aide d'une seringue de Pravaz, 10 gouttes aux quatre points cardinaux de la hernie. Il provoquait ainsi un travail inflammatoire léger qui consolidait la guérison de l'orifice herniaire. Il pratiqua aussi la même opération pour la hernie inguinale, en injectant à plusieurs reprises la solution de sel marin à l'entrée du canal inguinal après avoir réduit la hernie, et autour de l'orifice de ce canal. On a, depuis, appliqué la même méthode avec quelques variantes. *Schwalbe*, en Allemagne, fait des injections interstitielles d'une solution alcoolique à 70 p. 100.

Heaton et *Warren*, en Amérique, emploient un liquide dont voici la formule :

Extrait sirupeux d'écorce de chêne.	10 grammes.
Ether sulfurique....................	4 grammes.
Alcool absolu.......................	4 grammes.
Sulfate de morphine............	6 à 10 centigr.

Suivant l'âge, toujours à l'aide d'une seringue à injections hypodermiques, ils injectent 10 à 20 gouttes au niveau des anneaux herniaires. Quelquefois il s'est formé de petits abcès, mais cela nous semble dû à l'absence de précautions suffisantes, soit que la peau, soit que l'instrument n'aient pas été bien nettoyés. On ne peut trouver un ensemble de faits suffisants pour juger de l'efficacité de cette méthode ; elle est assurément innocente, pourvu qu'on y apporte les soins antiseptiques qu'exigent toutes les opérations sous-cutanées, mais est-elle parfaitement efficace ? Certes, il ne viendra jamais à l'idée de l'employer pour obtenir la cure radicale d'une grosse hernie ; mais nous croyons qu'on peut l'utiliser concurremment et comme auxiliaire de l'application prolongée des bandages soit chez l'enfant, soit dans les cas de pointes de hernies de l'adulte.

Etudions maintenant l'opération proprement dite de la cure radicale par la méthode sanglante. Nous n'allons pas indiquer tous les procédés ; ils se multiplient tous les jours, car chaque chirurgien pour ainsi dire a sa méthode personnelle, ses petites modifications de détail. Nous avons surtout pour but ici d'exposer ce qui est le plus pratique d'indiquer; ce que nous voyons faire autour de nous et ce que nous faisons nous-même, sans oublier certains points importants pour le praticien. A notre avis, la cure radicale est une opération toujours délicate, mais le médecin qui d'habitude ne recule pas devant une kélotomie pour étranglement herniaire, ne devra plus désormais reculer devant une cure radicale reconnue utile pour le malade qu'il est appelé à soigner. Nous dirons même encore qu'il est utile que tout médecin considère l'opération comme praticable, et que, se dépouillant des vieilles doctrines, il n'aille pas dissuader un malade de subir une intervention que la science recommande et que la pratique démontre bonne tous les jours.

Quel que soit le genre de hernie, en quelque région qu'elle se trouve, l'opération se composera toujours des mêmes temps principaux ; aussi nous n'allons point la décrire pour la hernie inguinale, crurale, ombilicale ; nous nous bornerons à faire remarquer ce qu'il peut y avoir de particulier à chacun de ces cas à propos des temps opératoires.

Precautions anté-opératoires. — Il est absolument nécessaire que la région herniaire, que le malade tout entier aient subi une préparation suffisante. Quelques jours auparavant, on lui recommandera un régime sobre, régulier, il gardera le repos, les selles seront régularisées, un purgatif salin sera administré deux jours avant l'opération afin de bien nettoyer l'intestin. Si la peau de la région herniaire est eczémateuse, on appliquera quelques pansements secs, puis on donnera des bains d'amidon. La veille de l'opération, le malade prendra un grand bain, dans lequel on aura soin de le savonner et de bien nettoyer sa peau. Au retour du bain, la région herniaire sera soigneusement rasée dans un périmètre assez étendu, on l'oindra ensuite de glycérine, puis on la lavera en frottant avec de l'eau savonneuse chaude : après quoi elle sera séchée et recouverte d'un pansement humide : soit de compresses de gaze imbibées d'une solution de sublimé à 1 p. 1000, ou de vaseline phéniquée ou

boriquée qui a la propriété d'imbiber fortement la peau. Ce pansement ne sera enlevé qu'au moment de l'opération où un dernier lavage avec sublimé à 1 p. 1000 sera exécuté. M. Lucas-Championnière lave la peau de ses opérés avec une décoction de Quillaya saponaria, vulgairement bois de Panama; comme on n'en a pas toujours sous la main, un savon un peu mordant peut suffire. Il est bien important aussi que, les jours qui précèdent l'opération, la tumeur herniaire n'ait pas été malaxée par des mains trop curieuses ; il sera bon d'éviter toute exploration persistante dans les derniers jours.

Une fois ces préparatifs terminés, le patient sera soigneusement chloroformé ; il faut en effet obtenir une anesthésie irréprochable, l'opération demandant une grande précision dans son exécution.

Opération. — On se propose de réaliser deux conditions nécessaires pour la guérison de la hernie et aussi pour éviter la récidive : 1° Il faut, en effet, modifier le trajet herniaire de façon à supprimer tout ce qui peut former un entonnoir de glissement permettant ultérieurement l'issue des viscères. On y arrive par la dissection du sac et sa résection pratiquée le plus haut possible.

2° Il faut en outre constituer un soutien, un point d'appui pouvant s'opposer efficacement à la poussée des viscères, c'est-à-dire fermer et boucher la paroi. Pour cela nous indiquerons plusieurs artifices.

Incision des téguments. — Le premier temps de l'opération se fait comme pour toute kélotomie ; cette incision ne doit pas être parcimonieuse ; elle devra permettre de découvrir toute la surface du sac herniaire. Dans quelques cas de hernies très volumineuses, l'incision pourra être double, elliptique ou en croissant, de façon à ce que l'on puisse retrancher une portion de la peau trop abondante et qui pourrait nuire à l'exactitude de la réunion. Sur un homme de 37 ans, porteur d'une grosse hernie de 68 centimètres de circonférence, M. Polaillon a réséqué un large croissant de peau de façon à obtenir une région plane et facile à comprimer.

Découverte du sac herniaire, isolément ou ouverture du sac. — L'épaisseur des parties molles qui séparent la peau du sac est très variable suivant les individus et aussi suivant la région herniaire. Dans les hernies ombilicales et crurales, sauf chez les sujets très gros, le sac est souvent très rapproché de la peau ; mais en même temps il est facilement isolable, quelquefois tout simplement avec le doigt, ou au moyen d'une spatule mousse. Dans les hernies inguinales, au contraire, le sac est recouvert par les enveloppes du cordon ; en arrière il est en rapport avec les éléments du cordon plus ou moins dissociés. Les anciens, pour tourner la difficulté, n'avaient rien trouvé de mieux que la suppression du testicule et du cordon ; il n'est plus permis d'agir ainsi, à moins que le testicule ne soit tout à fait atrophié ou en ectopie dans le canal inguinal. Quelques chirurgiens nient encore que la dissection du sac soit possible. M. Nicaise (1), qui a étudié cette question d'une façon très précise, fait remarquer que le sac est recouvert immédiatement par la tunique fibreuse, enveloppe commune du testicule et du cordon ; cette tunique hypertrophiée est peu vasculaire, on peut, en la suivant rigoureusement par une dissection minutieuse, isoler complètement le sac herniaire ; il n'y a de difficultés réelles que lorsqu'il y a eu des poussées inflammatoires qui ont modifié la couche lamelleuse.

(1) Bull. Soc. chir. 1886, p. 492.

Là se présente une distinction importante à établir. Faut-il toujours ouvrir le sac herniaire ? Bien que nous ne devions plus redouter comme jadis l'ouverture du péritoine, néanmoins la logique recommande de s'en abstenir aussi souvent qu'on le peut. Mais il faut donner une règle précise et nous croyons que l'on doit adopter la conduite suivante :

1° Si la hernie n'est ni étranglée, ni enflammée, si elle est totalement réductible, si l'on est certain qu'il ne reste dans le sac aucune des parties qui la constituaient, on doit s'abstenir d'ouvrir le sac, mais disséquer et isoler soigneusement sa face externe pour réduire la hernie.

2° Si la hernie est adhérente au sac, l'ouverture de celui-ci est absolument nécessaire pour détruire les adhérences qui existent entre lui et son contenu.

3° Quand la hernie est étranglée, elle peut en même temps être adhérente, alors l'ouverture est nécessaire ; quelques auteurs ont conseillé de lever l'étranglement en débridant en dehors du sac herniaire, puis de réduire, si l'on peut. Nous croyons cette méthode imprudente et condamnable, elle ne permet pas de juger de l'état de l'intestin ; de plus, si l'étranglement dure depuis un certain nombre d'heures, l'intestin même ne fût-il pas sphacélé, il y a dans le sac un liquide séro-sanguinolent dans lequel pullulent déjà des bactéries qui, rentrées dans la cavité péritonéale, ne tarderaient pas à produire une péritonite septique. Toutes les fois donc que la hernie est étranglée, il faut ouvrir le sac, puis nettoyer largement son contenu à l'aide d'un liquide antiseptique avant de pousser plus loin.

Traitement du contenu du sac. — Il renferme le plus habituellement de l'intestin et de l'épiploon, l'un ou l'autre, ou l'un avec l'autre et dans des rapports variés sur lesquels nous n'avons pas à insister. Cependant, si l'intestin adhère à l'épiploon, il faut détruire ces adhérences. Les adhérences de l'intestin avec le sac sont dans certains cas faciles à dissocier : dans d'autres il y aura union intime entre les deux surfaces. Alors on suivra le conseil déjà donné dans l'antiquité par Oribase, on disséquera une pièce de la paroi du sac dans l'étendue de l'adhérence intestinale et on réduira ainsi l'intestin consolidé par cette pièce de tissu fibreux.

L'anse ou les anses intestinales seront soigneusement nettoyées avant d'être réduites. Le traitement de l'épiploon est aussi très minutieux. S'il n'est ni adhérent, ni augmenté de volume, on peut et on doit le réintégrer dans son domicile abdominal. S'il est adhérent, ou si, comme on le rencontre le plus souvent, il est hypertrophié, épaissi, sclérosé ; si encore, dans une hernie étranglée, il est injecté, œdémateux, violacé, contus, il faut l'attirer légèrement en bas de façon à former au niveau de l'orifice profond du trajet herniaire un pédicule de volume variable. Quelques auteurs ont conseillé de se servir de ce pédicule fixé dans l'orifice au moyen de sutures pour former un bouchon obturateur. L'idée était séduisante, mais peu pratique ; elle expose à deux accidents : la formation dans le ventre de brides sur lesquelles l'intestin peut s'étrangler plus tard, et aussi la reproduction de la hernie à laquelle elle forme une sorte de gubernaculum pour l'avenir. Il est préférable de pratiquer la résection de l'épiploon ; là il faut assurer l'hémostase. On passe alors à travers le pédicule à l'aide d'une aiguille de Reverdin mousse ou de l'aiguille spéciale de Lucas-

Championnière deux ou un plus grand nombre de fils de catgut bien sterilisés et forts, on les croise de façon à ce qu'une fois serrés par un double nœud ils forment une chaîne continue ; après quoi, on coupe avec des ciseaux la portion d'épiploon qui doit partir ; on s'assure que la surface de section ne saigne pas et on abandonne le moignon qui rentre dans l'abdomen et remonte d'autant mieux qu'on l'aura plus abaissé pour le pédiculiser.

Traitement du sac. — On ne peut plus aujourd'hui laisser le sac dans la plaie, ni se contenter de le pelotonner pour fermer l'orifice herniaire. On doit se proposer d'établir du côté de la cavité abdominale, une surface lisse, un plan régulier, ne formant aucun enfoncement infundibuliforme, qui pourrait devenir plus tard le point de départ d'une récidive. Pour obtenir ce résultat, il faut fermer le sac et le réséquer le plus haut possible. Dans les hernies inguinales, on peut, en le disséquant dans le canal, l'attirer assez fortement de haut en bas, puis on place le plus haut possible un ou deux fils de catgut qu'on lie fortement, tandis qu'un aide tient le sac abaissé. Après quoi on coupe près des fils le pédicule formé et on abandonne le moignon qui remonte aussitôt vers l'abdomen. Dans les hernies crurales l'abaissement du sac est encore facile, mais le péritoine ordinairement moins résistant demande plus de ménagements ; à l'ombilic il est difficilement mobilisable, mais en ce point la suture de la paroi suffit pour constituer une surface plane.

Fermeture du trajet herniaire. — C'est là une manœuvre terminale très difficile à bien faire et de laquelle cependant dépend la persistance de la guérison. Il faut, dit M. Lucas-Championnière, que par le rapprochement exact de toutes les surfaces cruentées, on obtienne une cicatrice résistante, longue, large, et rapidement exécutée. Pour cela quelques auteurs ont conseillé d'ouvrir le canal inguinal dans toute sa hauteur et de réunir ensuite les parois avivées. M. Championnière recommande la dissection très haut de son contenu, c'est-à-dire du sac ; après quoi, avec l'aiguille de Reverdin, on rapproche les parois ainsi avivées du canal et on les fixe l'une contre l'autre à l'aide de points de suture perdue à la soie ou au catgut chromique.

Au niveau du canal crural on rapproche de la même façon le tissu cellulaire qui l'entoure, et les fragments de l'aponévrose fémorale placés au devant de lui, et on constitue ainsi une sorte de bouchon qui l'obture complètement. Chez les sujets bien musclés, vigoureux, à petit orifice herniaire, l'occlusion du canal inguinal est facile, mais il n'en est pas de même chez ceux dont la paroi abdominale est flasque, et dont les orifices herniaires sont larges et très grands. Dans ces cas, M. Lucas-Championnière conseille de former un bouchon cutané en avivant un ou deux lambeaux de peau que l'on enroule et que l'on fixe par une suture perdue dans l'orifice herniaire. Au récent congrès des chirurgiens italiens, le Dr Bassini (de Padoue) a publié un autre procédé, qui a pour but de former avec des plans résistants la paroi du canal inguinal. Il incise dans toute son étendue l'aponévrose du grand oblique qui forme la paroi antérieure du canal inguinal et la sépare de la couche formée par le petit oblique et le transverse ; il détache ensuite cette couche jusqu'au fascia transversalis exclusivement, puis les fixe par des points de suture perdue à toute l'étendue du bord postérieur du ligament de Poupart, de façon à constituer une paroi postérieure du canal allant de l'orifice interne à l'externe. L'aponévrose du grand oblique est ensuite suturée. C'est en somme une autoplastie par glissement pratiquée dans les couches musculaires de la paroi abdominale.

Pansement post-opératoire. — La suture des parties molles doit être très exactement faite et on placera un drain debout répondant au niveau de l'orifice herniaire fermé par les sutures profondes. Les matériaux de pansement varient suivant le goût du chirurgien. M. Championnière place sur la ligne de suture un peu de gaze iodoformée, un sachet de gaze phéniquée contenant la poudre antiseptique dont il a donné la formule et une bonne couche de gaze phéniquée chiffonnée ; nous appliquons habituellement un pansement très absorbant formé de gaze iodoformée, de charpie de bois sublimée ou de coton hydrophile antiseptique. Le détail important du pansement est la constriction. Il doit être exactement appliqué et fixé à l'aide d'un spica de laine bien fait ; des compresses pliées en triangle ou des tampons de coton seront interposés entre les couches de l'appareil et, pour assurer l'accolement parfait, primitif et rapide des parties réunies, il sera bon d'appliquer la bande élastique pendant 12 à 24 heures après l'opération.

Le drain sera supprimé dès le 3e ou 4e jour, et le renouvellement des pansements devra s'accompagner des mêmes précautions que l'on a apportées à l'exécution du premier. Le malade devra conserver le plus longtemps possible le séjour au lit, trois à cinq semaines au minimum ; il devra éviter les efforts, la constipation ; en un mot prendre toutes les précautions utiles pour que la cicatrice se fasse solidement et pour qu'aucun effort ne vienne solliciter la région herniaire avant que sa réparation soit parfaite.

Il est bon, en outre, que dès que le malade commencera à marcher, on lui fasse porter un bandage herniaire de protection ; il aura en général la forme d'une pelotte très aplatie, agissant à plat sans comprimer spécialement un point déterminé. Il faut toujours conseiller aux opérés même parfaitement guéris le port de ce bandage. Quelques-uns, un grand nombre même, pourront rapidement s'en passer ; pour d'autres, il sera toujours utile.

Résultats de la cure radicale. — Il est encore difficile, aujourd'hui, d'exprimer l'absolue vérité sur ce sujet ; cependant, avec le grand nombre de faits que l'on peut déjà rassembler, on est fondé à penser qu'en somme la méthode est bonne et donne des résultats, qui, tous les jours, à mesure que les chirurgiens perfectionnent les détails opératoires, sont de plus en plus satisfaisants. Etudions-les rapidement au point de vue opératoire, anatomique et thérapeutique. L'opération de la cure radicale faite avec les précautions d'une bonne antisepsie peut dès aujourd'hui être rangée parmi les opérations peu graves, mais il ne faut négliger aucun des préceptes que nous avons donnés et même celui qui ne l'a jamais pratiquée ne devra se le permettre qu'après avoir plusieurs fois assisté à son exécution. Il est en effet des détails de technique que l'on ne peut décrire, qu'il faut avoir vus, qu'il faut savoir reproduire si l'on veut agir avec succès.

Anatomiquement parlant, comment se fait la réparation de la région herniaire ? Cette question est assez difficile à juger et il faudrait suivre les opérés assez longtemps pour constater au jour de la mort des opérés quel est l'état des organes. Nous avons eu la bonne fortune, il y a quelques mois, de disséquer une région crurale qui avait été le théâtre des manœuvres de la cure radicale que nous avions exécutée

après avoir levé l'étranglement d'une entéro-épiplocèle récemment étranglée.

Nous croyons intéressant de rapporter brièvement cette observation. Le 25 janvier dernier, je pratiquais la kélotomie chez une femme de 44 ans, pour une hernie crurale étranglée depuis 14 heures environ et du volume d'un œuf de poule. Le sac contenait une masse épiploïque en avant, rouge, brunâtre, adhérente dans une petite étendue au sac, et en arrière une anse intestinale complète. Après avoir débridé en haut et en dedans et rentré l'intestin, je pédiculisai la masse épiploïque et je la réséquai après avoir lié son pédicule au moyen de deux fils de catgut croisés, elle pesait 66 grammes.

Après quoi je disséquai le sac herniaire, je le pédiculisai à son tour, puis, après l'avoir lié le plus haut possible, je le réséquai. Rassemblant ensuite tous les tissus lamelleux cruentés, les lambeaux de fascia crébriformis, j'en formai une sorte de bouchon que je fixai dans le canal crural à l'aide de trois points de suture perdue au catgut. Suture superficielle au fil d'argent. Pendant toute l'opération, je m'étais servi pour les mains et le lavage, de la solution de biiodure de mercure au 20,000e. Il n'y eut aucune réaction; un mois après, on sentait au niveau du canal crural, un noyau dur, sans impulsion pendant la toux. La malade, tuberculeuse très avancée, ne tarda pas à succomber aux progrès de ses lésions pulmonaires. Elle mourait 42 jours après l'opération que je lui avais pratiquée. La dissection me montra qu'il s'était formé dans le canal crural un plan fibreux résistant, dur, sans adhérences avec la peau, et au-dessus duquel le péritoine s'étalait tout à fait lisse, sans infundibulum, ne présentant qu'une étoile blanchâtre indiquant le point où la ligature du sac avait porté. Le résultat était donc parfait et nous croyons qu'il doit être analogue toutes les fois quo l'on obtient une réunion immédiate, régulière, sans suppuration.

Les résultats thérapeutiques de la cure radicale sont encore incomplètement connus. Cependant, ils sont généralement bons, un nombre considérable de malades sont soulagés et peuvent contenir une hernie volumineuse anciennement irréductible; dans ces cas, l'opération a permis l'application d'un bandage efficace. Mais à côté de cela, et ils se multiplieront encore, on trouve de nombreux faits dans lesquels la guérison a été réellement totale. Parker, en 1884 (1), donnait sur 32 opérations de cure radicale, 23 guérisons complètes, et une seule récidive guérie définitivement par une seconde opération. D'après la statistique de Gueniod, élève de Socin, il faut faire une différence entre les résultats, suivant que l'on est intervenu pendant l'étranglement ou en dehors de lui; pour lui, les hernies non étranglées ne donnent que 47 % de guérisons définitives, tandis que les hernies étranglées donnent 82,5 %. Parmi les dix observations relatées dans le travail de M. Lucas-Championnière, nous trouvons neuf guérisons persistantes et une récidive.

Nous ne pouvons mieux faire que partager absolument les conclusions de cet habile chirurgien. L'opération de la cure radicale peut guérir les hernies dans un grand nombre de cas, elle met à l'abri des complications ultérieures de toute hernie ; faite dans de bonnes conditions, avec les soins d'une antisepsie rigoureuse, elle est réellement peu dangereuse.

Elle est donc en définitive appelée à rendre les plus grands services et à devenir une des opérations les plus utiles de la chirurgie moderne.

Dr BARETTE,
Chef de clinique chirurgicale.

(1) Berliner klinische Wochenschrift. 30 juin 1884.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Assurance anglaise contre les maladies, les accidents et la vieillesse.

(The British Medical Journal.)

Le rapport des progrès de la Société Médicale contre les maladies, pour annuités et assurances sur la vie, présenté à la réunion mensuelle, suggère des réflexions très importantes, lorsqu'on voit des appels à la charité, comme il en a déjà paru dans nos colonnes. Le dernier de ces appels était dans l'intérêt de la famille d'un médecin qui possédait par héritage une certaine fortune et avait eu pendant sa vie une haute situation. Les motifs de ces appels sont variables et, dans ce cas, le bon accueil qui a été fait au dernier a montré que toute sympathie avait été acquise pendant la vie à ce médecin. Il est évident, du reste, que même les conditions les plus favorables dans la jeunesse, un succès raisonnable dans la pratique pendant plusieurs années ne placent pas un médecin au-dessus des accidents de la mauvaise santé et de la mauvaise fortune. De ce fait, il est nécessaire à ceux qui sont les mieux placés aussi bien qu'à ceux qui vivent strictement de leur profession de s'assurer contre les maladies, les accidents, la vieillesse ou la mort prématurée, circonstances à l'abri desquelles personne ne se trouve et contre lesquelles tout le monde devrait se prémunir. Le rapport de la Société susnommée montre qu'un grand nombre de médecins commencent à voir le danger et comprennent qu'il est de leur devoir de s'assurer contre ces accidents dans leur propre intérêt et dans celui de leur famille. Les affaires de la Société ont été conduites avec une économie sans exemple et un succès remarquable. La Société ne fonctionne que depuis trois ans ; à la fin de la première année, elle comptait 400 membres; actuellement, elle en a plus de 800. Ceux-ci, pour la plupart, s'associent par un paiement trimestriel pour recevoir soit 42,63 ou 84 shellings par semaine pendant la maladie, soit la moitié pendant le reste de la vie en cas d'une maladie les empêchant de travailler, soit une pension après l'âge de 65 ans ; et pour une assurance en cas de mort. La Société paie maintenant plus de 100 livres sterling par mois à des membres temporairement incapables d'exercer, et deux membres reçoivent d'une façon permanente une certaine somme, étant atteints de maladies qui les rendent probablement incapables de jamais travailler. Le tarif qui a été calculé par M. Neilson, le statisticien bien connu, a déjà supporté l'épreuve de la pratique, et dans tous les modes d'assurance, les paiements n'ont pas dépassé la limite prévue. Le fonds de réserve s'est augmenté d'une façon très satisfaisante et pour la période de 3 années, il atteint la somme de 16,000 livres sterling représentée par des valeurs de premier ordre. La chose peut-être la plus satisfaisante dans toute l'organisation, qui a si rapidement atteint un résultat si stable et si beau, est l'économie extrême de la direction, évitant toutes dépenses pour bureaux, se dispensant de publicité, évitant

tout paiement de commissions, et gérée gratuitement par des médecins.

A l'origine, les fondateurs comptaient sur une échelle de dépenses administratives très basse, et le statisticien estimait le coût de l'administration à 10 p. 100 des sommes reçues; cette estimation n'a jamais été atteinte en pratique; dès le commencement, quand les sommes étaient petites et les dépenses, à proportion, nécessairement plus grandes, le coût de la gérance n'a pas atteint 6 p 100; cette proportion a graduellement diminué et pour le dernier trimestre les dépenses ont été seulement de 3.75 p. 100 des sommes reçues; il est résulté de ce chef pour l'année une diminution qui donne un bénéfice net considérable à ajouter aux réserves de la Société. Ces résultats sont très satisfaisants; non seulement la Société étend mensuellement ses bienfaits, mais chaque trimestre elle augmente ses revenus et leur donne une stabilité et une importance financière plus grandes que l'étendue de ses opérations ne pourrait le faire croire.

Sans doute, son action s'élargira de mois en mois et d'année en année, en raison du nombre de ceux qui s'enrôleront pour profiter de ses ressources bienfaisantes, et les appels lamentables, pour aide pendant la maladie, deviendront plus rares. Les lettres reçues des membres qui de temps en temps réclament le bénéfice auquel ils ont droit sont des plus intéressantes et satisfaisantes. Etre membre d'une telle Société rend plus indépendant, accroît l'estime de soi-même, et les adhésions devraient être encouragées par tous les moyens. S'adresser, pour documents, tables, adhésions, à M. C. J. Radley, 26, Wynne Road, Brixton, London, S. W.

Réclame et pharmacie.

Meaux, 22 mars 1887.

Très honoré confrère,

Nous passerons donc notre vie à lire, dans tous les journaux médicaux, les plaintes de X. Y. Z., etc. à propos de :

La médecine qui ne nourrit plus son homme.

Des honoraires impossibles à toucher — (pauvre docteur X, 238 fr. en 1886)....

Des pharmaciens qui nous font une atroce concurrence, etc., etc.

Eh bien ! tout cela est notre faute. Forçons donc l'attention des pouvoirs publics sur notre lamentable situation :

Et pour cela :

1° Refus absolu du concours de tout médecin — même du Professeur et Doyen *Brouardel* à — la magistrature au point de vue de la médecine légale.

Ce refus entraînerait vivement la revision des lois, décrets et règlements de 1811.

2° Envoi des notes deux fois par an, juillet, janvier, et sourde oreille en cas de non règlement des honoraires.

3° Démission de tous les abonnés, comme je l'ai fait envoyer à des journaux qui servent de tremplin à des produits comme l'infecte pastille.... ou autre.

On voit aujourd'hui, en vedette à la 4me page des journaux, l'extrait payé d'un journal de médecine affirmant que le produit........... est recommandé et apprécié par tous les médecins — c'est honteux !

Veuillez donc, très honoré confrère, publier ma lettre, y joindre l'article ci-joint où l'on voit un pharmacien jugé par ses pairs.

Veuillez agréer....... Dr R. Osiecky.

Voici l'extrait d'un discours de M. Aureille, secrétaire d'un syndicat pharmaceutique :

« Je viens de parler de la spécialité; on connaît nos idées à ce sujet, elles ne se sont pas démenties une seconde; mais nous devons encore faire deux parts dans cette branche spéciale de l'exploitation du public; il y a le produit d'une certaine valeur que son auteur a seulement le tort de vouloir écouler très cher, au détriment des produits également bons de ses confrères; il y a la spécialité tapageuse dont X......... est le coryphée, et qui se caractérise toute seule par d'immondes réclames, par ces vilaines nudités que ce peu intéressant monsieur étale dans le...................... Consolons-nous cependant de voir ce dernier genre discréditer la pharmacie; ce sera un bien pour un mal, et viendra un jour prochain où l'on sera obligé de porter le fer dans la plaie.

Ce jour n'est pas si loin; le projet de loi nouveau élaboré par MM. Brouardel et Regnault a au moins cette qualité qu'il permettrait à une Société pharmaceutique bien organisée de supprimer sûrement ces pitres, qui n'ont du pharmacien que le nom. »

ADHÉSION A LA CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

M. le Dr Lardier, de Rambervillers, président du syndicat médical des Vosges, présenté par MM. les docteurs Dujardin-Beaumetz et Cézilly.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat médical des Vosges.

Compte-rendu sommaire de la réunion extraordinaire du 26 février 1887.

La réunion extraordinaire des membres de l'Association Syndicale des médecins des Vosges, réunion provoquée sur la demande de plusieurs confrères, par le président Lardier, a eu lieu à Epinal, Hôtel de la Poste, le 26 février 1887, à 3 heures de l'après-midi.

MM. les docteurs Lardier, *président*, Chavanne *vice-président*, et Lahalle, *secrétaire-trésorier*, prennent place au bureau.

Assistent à la séance : MM. les docteurs Bailly, de Bains; Couturier, Ancel, Hœmmerlin et Pierre, d'Epinal; Fournier et Pernet, de Rambervillers; Tissier, de Remiremont; Thomassin, de Xertigny; Champy, d'Uzemain; Boyer, de Monthureux-sur-Saône, et Saunier, du Ménil-sous-Harol.

MM. les Drs Daviller et Liétard, de Plombières; Eury et Weil, de Charmes; Villemin et Martinet, d'Epinal; Legras, de Dompaire, Wittmann, du Val-d'Ajol; Bornèque, de Bussang; Guyon, Zeller et Kinsbourg fils, de Remiremont; Marchal, de Senones et Me Maud'heux, notre conseil judiciaire, se sont excusés de ne pouvoir assister à la réunion.

Le Dr Lardier, en ouvrant la séance, lit la lettre qui lui a été adressée par le docteur Marchal, lettre dans laquelle notre confrère donne les raisons pour

lesquelles il a cru devoir s'abstenir d'assister à la réunion provoquée en quelque sorte pour lui. L'assemblée fait droit aux justes raisons invoquées. Puis le Dr Lardier retrace à grands traits l'histoire du Dr Marchal depuis ses débuts jusqu'à ce jour et donne lecture de quelques pièces importantes qui se rattachent à cette affaire. Le président fournit des explications détaillées au sujet des démarches qu'il a faites, au nom du Syndicat, près de M. le Préfet Boegner d'abord, puis près de M. Gentil, le nouvel administrateur du département. M Boegner, qui avait donné au Syndicat et plus généralement à tout le corps médical des preuves d'une bienveillance incontestable, avait bien voulu reconnaître le bien fondé de notre réclamation et de plus avait promis son concours pour arriver à une entente honorable entre la Commission de l'hospice de Senones et le docteur Marchal. Diverses combinaisons avaient déjà été proposées, et toutes avaient pour but de sauvegarder l'honneur et les justes susceptibilités de notre confrère. La Commission d'initiative, choisie comme arbitre, s'était réunie à Epinal à l'effet de donner son avis sur les propositions adoptées par M. le Préfet et de décider si nous devions y donner suite. La majorité de la Commission avait été pour l'affirmative, le Dr Marchal s'était rangé à son avis, et nous gardons la conviction qu'aujourd'hui cette malheureuse affaire serait aplanie si notre ancien administrateur n'avait quitté le département. M. Gentil, son successeur, auquel était échu le devoir délicat de liquider cette affaire dès son arrivée, après avoir pris connaissance du dossier Marchal, après avoir fait procéder à une enquête nouvelle, considérant que les griefs invoqués contre le Dr Marchal constituaient un fait d'une certaine gravité, n'a pas hésité à approuver la délibération de la Commission administrative de l'hôpital de Senones qui relevait notre confrère de ses fonctions hospitalières. Cette résolution était prise avant la convocation des membres du Syndicat, qui auront à délibérer sur la conduite qu'il y a lieu de suivre eu égard à l'approbation préfectorale.

M. le Dr Bailly fait aussitôt remarquer que la révocation du Dr Marchal étant depuis le 19 février un fait accompli, on ne saurait faire revenir le Préfet ou la Commission sur cette décision malheureuse ; le Syndicat a épuisé ses moyens d'action et il ne lui reste plus qu'à provoquer, s'il le juge à propos, des modifications à introduire dans la loi qui régit les rapports des Commissions administratives avec les médecins des hospices. MM. Fournier, Chavanne et Couturier ne partagent pas l'avis du confrère Bailly ; le ministre de l'intérieur n'a pas encore été saisi de cette question et le Syndicat doit la porter devant lui. « L'affaire du Dr Marchal, dit « M. Fournier, est une des plus importantes de celles qui peuvent être soumises à l'examen des membres d'une association ; elle prouverait même, si « cela n'était chose faite, l'importance, la nécessité « des Syndicats médicaux.

« Les Commissions des hospices peuvent-elles, « pour un motif politique ou pour des considérations étrangères au service hospitalier, considérations qu'il serait toujours facile de faire naître, « déposséder un médecin de fonctions remplies avec « zèle ? Telle est la question posée aujourd'hui ; « elle intéresse tous les membres du corps médical, « puisque tous nous sommes ou pouvons devenir « médecins d'un hôpital. Les motifs invoqués par le « conseil d'administration de l'hospice de Senones « contre le Dr Marchal ne résistent pas à un examen « sérieux ; l'approbation préfectorale est donnée, « c'est fort bien ; mais, s'il n'y a plus rien à faire de « ce côté, nous devons, nous adresser au ministre « de l'intérieur.

« Il faut épuiser toutes les juridictions ; la seule « qui nous reste est celle qui est indiquée par notre « conseil judiciaire. »

Le Dr Bailly dit qu'il y aurait deux moyens à employer : un premier consistant à adresser une pétition au ministre pour lui exposer les faits et lui demander la réintégration du Dr Marchal, et un deuxième, visant plus haut, en dehors de cette question personnelle, serait de saisir les pouvoirs publics d'un projet de loi réglant les attributions des Commissions administratives. Pour arriver à ce dernier résultat ; il serait nécessaire d'avoir l'appui de nos députés, mais, ajoute-t-il, il est peu probable que la Chambre veuille s'occuper de cette question. Le Dr Fournier propose de porter l'affaire devant le ministre de l'intérieur par l'intermédiaire du Président de l'union des Syndicats médicaux de France. Ce Président, étant député, pourra plaider efficacement cette cause d'intérêt général. Le Dr Tissier, sans contester l'utilité de ces diverses démarches à faire, proposées et acceptées, dit qu'il y a une autre manière d'envisager la question, c'est de la porter sur le terrain professionnel. Le Syndicat a le devoir et le pouvoir de traiter les questions de déontologie : Ne serait-il donc pas naturel de demander aux confrères de Senones de ne pas laisser consacrer le renvoi du Dr Marchal en refusant de lui succéder dans ses fonctions ? Si le corps médical était uni, il se ferait respecter, et nous n'aurions pas à enregistrer de semblables faits.

La réunion, à l'unanimité, décide que le Président Lardier fera part aux confrères de Senones de la délibération prise par le Syndicat médical, en les invitant à refuser ou à résilier les fonctions qui ont pu ou pourraient leur être offertes par le Conseil d'administration de l'hôpital.

Le Dr Fournier estime qu'il serait bon de protester près de ce conseil au sujet de la décision prise contre notre confrère.

M. le Dr Pierre croit que si le Dr Marchal a eu quelques torts, et il en a eu, ils ne sauraient légitimer la mesure radicale prise contre lui.

M. le Préfet a donné son appréciation avec une résolution et une franchise qui l'honorent. Loin de lui en faire un crime, nous devons montrer vis-à-vis du nouvel administrateur départemental la déférence dont nous ne nous sommes jamais départis.

Le Dr Fournier demande qu'un comité choisi dans le Syndicat fasse un travail complet sur les rapports des Commissions administratives avec les médecins des hospices, sur leurs attributions respectives et sur les modifications à introduire dans la loi qui les régit. Les députés des Vosges pourraient adresser au ministre une question au sujet de l'affaire Marchal, ou, ce qui serait mieux, il serait utile de prier un de nos députés de se joindre au Président de l'Union des Syndicats pour plaider notre cause près du ministre de l'intérieur. Les médecins sont des électeurs influents et ils méritent, à tous égards, que les députés, en défendant une cause juste, soutiennent nos réclamations.

Avant de mettre les propositions suivantes aux voix, le Président Lardier donne lecture de la lettre de bienvenue qu'il a eu l'honneur d'adresser à notre nouvel administrateur et de la réponse de M. Gentil. Il ajoute que les premiers actes de notre

nouveau Préfet, en dehors de l'affaire qui nous occupe, tendent à prouver que, pour M. Gentil comme pour M. Boegner, les questions qui intéressent la santé publique et en particulier le service sanitaire ont une importance de premier ordre. Il est fort regrettable que M. Boegner n'ait pas jugé à propos, avant son départ, de liquider l'affaire Marchal. L'appréciation de M. Gentil au sujet de notre confrère de Senones, n'est pas la nôtre, nous le déplorons, mais nous n'en espérons pas moins que la bienveillance et l'appui de l'administration préfectorale nous resteront acquis.

La séance se termine par le vote des propositions suivantes:

1° Les confrères de Senones seront avisés aussitôt des règles de déontologie que le Syndicat serait heureux de voir adopter au sujet de la succession ouverte par le Dr Marchal.

2° Le président est invité à porter la question Marchal à la connaissance du ministre de l'intérieur par l'intermédiaire du président de l'Union des Syndicats et à prier M. Brugnot, député des Vosges, de vouloir bien se joindre à M. Dupuy dans les démarches à faire auprès du ministre.

Faire remarquer principalement au ministre que M. Boegner nous avait toujours laissé espérer une solution favorable, et que nous sommes convaincus que la délibération de la Commission administrative de l'hôpital de Senones n'aurait jamais été approuvée par cet administrateur.

3° Préparer un travail aussi complet que possible sur la question complexe des droits et des devoirs des médecins attachés aux hospices vis-à-vis des Commissions administratives et réciproquement, ce dont est chargé le bureau. Ce travail sera, à notre réunion de mai, soumis à l'appréciation des confrères.

4° Demander à ce que cette question soit portée à l'ordre du jour de la prochaine assemblée annuelle de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Le secrétaire-trésorier,
Dr Lahalle.

NOUVELLES

Hôpital des Enfants malades. — Le docteur Jules Simon a repris les conférences sur la thérapeutique enfantile, le mercredi 18 mai, à 9 heures, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure.

Consultation clinique tous les samedis.

— M. Diday a fait, le 20 mai, à dix heures du matin à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre de M. le professeur Fournier, une leçon sous ce titre : *Théorie de la syphilis héréditaire.*

— Un comité vient de se constituer, sous la présidence de M. le professeur Panas, pour élever un monument à la mémoire de Daviel, un des plus grands chirurgiens du dix-huitième siècle et le créateur de l'opération d'extraction de la cataracte.

Les souscriptions sont reçues chez le trésorier, M. le docteur Brun, 23, rue d'Aumale, à Paris.

— Droits d'inscription. — Les délégués des étudiants de Paris ont été reçus il y a quelque temps déjà par M. Floquet, à qui ils ont exposé leurs doléances relativement aux droits d'inscription. Le président de la Chambre les a engagés alors à demander à M. Rouvier à être entendus par la Commission du budget. Le président de la Commission du budget a promis de rapporter l'année prochaine, au moment de la discussion du budget de 1888, la réclamation des étudiants.

— Concours institué par la Société de médecine et de chirurgie de Bologne. — Elle a mis au concours les deux questions suivantes : *de la valeur des moyens antipyrétiques ; — de l'antisepsie en chirurgie et de la valeur des antiseptiques.* Des prix de 500 fr. seront accordés aux meilleurs mémoires parvenus à la présidence de la Société jusqu'au 31 décembre 1888.

— L'Hypnotisme dans les théâtres de Bordeaux. — L'administration municipale vient d'interdire, à Bordeaux, les représentations de Donato et de Lauri-Alli, qui donnaient des séances publiques d'hypnotisme à l'Alhambra et au théâtre Louit. Quelques accidents survenus à plusieurs sujets hypnotisés ont justifié cette mesure.

Société de Tempérance. — La *Société française de tempérance* a tenu sa séance solennelle le 22 mai 1887, sous la présidence de M. Le Royer, Président du Sénat, assisté de M. le Dr Dujardin-Beaumetz, de l'Académie de Médecine, Président de la Société. Après avoir entendu quelques paroles chaleureuses de M. le Dr Dujardin-Beaumetz, le rapport sur la situation morale et financière de l'Œuvre par M. le Dr A. Motet, la conférence éloquente de M. le sénateur Hip. Maze, directeur de la *Revue des Institutions de prévoyance*, le rapport de MM. Decaisne et celui de M. Guignard, sur les récompenses, la Société a décerné : Une médaille de vermeil à M. le Dr Tourdot, auteur d'un important mémoire sur l'alcoolisme, dans le département de la Seine-Inférieure, 216 diplômes de membre associé honoraire, 8 médailles d'argent, 213 médailles de bronze, 14 livrets de caisse d'épargne postale de 10 francs, 17 diplômes de rappel de récompenses antérieures et 602 diplômes de témoignages de satisfaction ; 87 volumes de ses bulletins, 96 exemplaires de l'*Essai sur l'Intempérance*, de M. Edmond Bertrand, 401 manuels Picard, 479 exemplaires du *Mécanicien Gerbal*, de M. *Paul Timon*, et 810 exemplaires des années 1880 à 1888 du *Bon Conseiller.*

— M. Topinard vient d'être désigné pour faire des recherches anthropologiques sur la couleur des yeux et des cheveux par département.

Les différents Etats de l'Europe et de l'Amérique font également dresser des cartes analogues.

— Angleterre. — Le général sir Henry Ponsonby, secrétaire privé de la reine, a écrit hier au docteur Vintras, médecin en chef de l'hôpital français de Londres, que Sa Majesté acceptait d'accorder officiellement son patronage à l'hôpital et envoyait une généreuse donation pour le nouvel hôpital français qui doit être prochainement construit.

On considère cet acte de la reine comme un témoignage de sa reconnaissance pour le respect et la courtoisie que lui ont témoignés les fonctionnaires et le peuple français, lors de son récent voyage en France.

— L'Hypnotisme en Suisse. — Le conseil de santé du canton de Vaud a prohibé les représentations publiques concernant l'hypnotisme, le magnétisme ou le somnambulisme. Même quand ils auront à faire des expériences purement scientifiques sur ce sujet, les médecins et savants devront en demander l'autorisation préalable au Conseil de santé.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part de la mort du Dr Rousseau, de Brest, membre du *Concours médical*, décédé à l'âge de 40 ans, laissant des regrets unanimes, manifestés par la foule d'amis et de clients qui se pressaient à ses obsèques. Nos confrères Maréchal et Caradic ont prononcé des discours sur la tombe de leur ami.

ERRATUM

Page 237, 2e colonne, ligne 25, au lieu de : lorsqu'il s'adresse au goître ? lire : lorsqu'il s'adresse aux ganglions ?

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André, 3

Neuvième année | N° 23 | 6 Juin 1887

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

Comité de protection des PUPILLES DU CORPS MÉDICAL

Nous avons fixé à vingt-cinq le nombre des membres du Comité de protection. Les personnages dont les noms sont déjà acquis sont au nombre de 12.

Nous avions le désir de compléter la liste en demandant leur appui aux divers ministres, dans le but de pouvoir compter sur un de leurs chefs de service. Nous avons fait, il y a bientôt six mois, des démarches auprès de chaque ministre. On nous a témoigné la plus grande bonne volonté, et nous allions aboutir, lorsque le ministère *Goblet* succéda au ministère de *Freycinet*.

Nous reprîmes notre pèlerinage et les demandes d'audience, et nous allions, une seconde fois, réussir, lorsqu'une nouvelle crise nous remet dans la situation primitive.

Nous estimons, par conséquent, qu'il est préférable de nous passer désormais de l'assentiment direct de chaque ministre ; car cet assentiment nous sera donné par surcroît, lorsque nous aurons choisi, dans chaque ministère, un chef de service (directeur, chef de bureau), qui acceptera de faire partie du Comité de protection, puisque nous pourrons lui donner la certitude qu'il sera approuvé par son chef hiérarchique.

Pour hâter le résultat de nos démarches, il nous importe de faire nos sollicitations à des personnes auprès desquelles le directeur du *Concours* sera introduit par un ou plusieurs membres de notre Société.

Nous prions instamment ceux de nos amis qui connaissent, *dans un ou plusieurs ministères*, un chef de service, de nous écrire à ce sujet, afin de nous concerter. Nous espérons que, dans une semblable occurrence, ils se feront un plaisir de nous prêter leur assistance et de nous permettre de terminer promptement l'organisation d'une œuvre à laquelle nous attachons le plus grand prix.

Le Directeur : A. CÉZILLY.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement de la syphilis (1).

Après M. Martineau, c'est M. *Mauriac* qui continue la discussion en exposant ses vues, qui diffèrent en plusieurs points de celles qu'avait émises son collègue. M. Mauriac admet naturellement l'action spécifique du mercure et de l'iodure de potassium. Mais il croit la médication spécifique utile surtout au moment de l'apparitiondes accidents syphilitiques, tandis qu'elle est peu efficace contre la diathèse même dans l'intervalle de ses manifestations.

Comme mode d'introduction du mercure, M. Mauriac préfère en règle générale la voie stomacale. Il n'y a lieu de recourir à la méthode hypodermique ou aux frictions que si les voies digestives sont into-

(1) Société médicale des hôpitaux, 27 mai.

lérantes ou s'il est indispensable de saturer rapidement l'organisme.

La syphilis peut guérir spontanément dans un certain nombre de cas, mais il est toujours prudent de la traiter. On doit commencer la médication spécifique dès que le diagnostic est fait. L'excision du chancre ne prévient pas l'infection et il n'est pas encore démontré qu'elle en atténue les effets. L'administration des spécifiques doit être suspendue de temps en temps pour éviter l'accoutumance et pour laisser l'organisme se reposer. Mais aucune règle fixe et surtout mathématique ne peut être établie d'avance, ni pour la durée, ni pour la suspension du traitement spécifique. Toute chronologie uniforme qu'on tenterait de lui imposer, serait illusoire, dangereuse et antimédicale.

Il faut traiter la syphilis comme toutes les autres maladies constitutionnelles, non pas d'après un type abstrait et immuable, mais d'après les nombreuses indications qu'elle présente, suivant ses formes, ses degrés, ses tendances, etc., et aussi les individus.

L'intervention des deux spécifiques est utile dans presque tous les cas, mais pas au même degré. Dans les formes légères, le mercure suffit et prime l'iodure. Dans les formes graves, soit par la profondeur des lésions, soit par leur siège, soit par les déterminations viscérales, il faut recourir au mercure et à l'iodure.

La spontanéité curative de l'organisme, qui existe dans les premières phases, décroît peu à peu et disparaît presque après l'invasion du tertiarisme. Aussi, plus on se lance dans la diathèse, et plus ses accidents réclament l'emploi des deux spécifiques.

L'organisme ne consent pas toujours à développer, dans toute leur plénitude, les effets curatifs des spécifiques. En pareil cas, il faut se résigner à en suspendre l'usage momentanément pour le reprendre plus tard et chercher ailleurs que dans le mercure et l'iodure les résultats favorables qu'ils ne peuvent donner.

Ainsi est-il nécessaire, dans presque tous les cas, et surtout dans les plus sévères, de faire marcher de front le traitememt spécifique et le traitement général, l'hygiène et la thérapeutique.

Angine de poitrine sans lésion des coronaires (1).

M. *Ball* a donné des soins pour des accès angineux à un homme de 34 ans qui avait eu antérieurement 3 attaques de rhumatisme et une fièvre intermittente. Les crises d'angor pectoris ont commencé cinq semaines avant la mort, la première s'est déclarée à la suite d'un effort physique violent. Le malade est un fumeur. On constata au second temps et à la base du cœur un souffle léger, à peine suffisant pour diagnostiquer une insuffisance aortique. Le traitement consista d'abord en 0,25 centigr. de sulfate de spartéine, puis en ventouses aux apophyses mastoïdes contre une céphalalgie persistante.

(1) Société des hôpitaux.

FEUILLETON

Enquête sur l'exercice illégal (*Suite*).

Mais revenons à l'enquête prescrite par le *ministre de la Justice*.

Je n'ai pas de documents bien exacts à ce sujet; mes relations avec mes confrères sont restreintes, et je ne puis obtenir tout ce que je désirerais; cependant, parmi les éléments d'études que j'ai sous la main, je ne vois nulle part les parquets s'adresser aux sociétés de médecine ou de pharmacie existantes. Ces sociétés professionnelles, en 1879, étaient certainement au nombre de 180 en France.

Elles n'entendent point parler de cette enquête. Ce n'est qu'individuellement que chaque médecin et pharmacien en a connaissance.

On voit, n'est-ce pas, comment la chose s'est passée.

Le ministre écrit aux procureurs généraux :

Monsieur,

Veuillez prier les procureurs de votre ressort de provoquer une enquête sur l'exercice illégal de la médecine.

— Les procureurs généraux à leurs procureurs :

Monsieur,

Veuillez prier.......

—Les procureurs à leurs juges de paix.

Monsieur,

Veuillez........

— Et les juges de paix troublés dans leur quiétude par ce nouveau genre d'enquête qui n'est pas classé dans leur manuel, mis en mauvaise humeur par ce surcroît de besogne, ont fait l'enquête à la bonne franquette, comme on peut le concevoir.

— Consultées officiellement, les sociétés de médecine et de pharmacie l'eussent dressée, cette enquête, ou du moins elles auraient recueilli les plaintes de leurs membres, les eussent présentées avec une exactitude et un caractère d'autorité indiscutable. Avec le système du ministre, il a fallu que chaque médecin, chaque pharmacien se fît le dénonciateur du rebouteur d'à côté ou des bonnes sœurs d'en face. On juge quel résultat a dû être obtenu par les juges de paix, quand nous-mêmes, nous recevons des déclarations de ce genre :

« Si la personne en question (il s'agit d'une irrégulière de la profession) habitait en dehors de mon « rayon médical, à quelques lieues de X..., je vous « donnerais tous les renseignements que vous pou« vez désirez, parce que je paraîtrais agir moins pour « des intérêts personnels que pour les intérêts com« muns. — Dans le cas présent, au contraire, l'en« tourage croirait que je n'agis que par jalousie, « *j'aurais tout à y perdre*. »

Un autre confrère, exerçant sur les limites des Deux-Sèvres et de la Vendée, me signale dans sa toute petite clientèle une sage-femme, deux rebouteurs, et quatre écoles de congréganistes exerçant librement la médecine et la pharmacie.

« Veuillez, me dit-il en terminant, faire bon usage de ma lettre, tout en gardant ma signature pour vous, car dans le pays où j'exerce, *ce sont les curés*

Le malade ayant succombé dans un accès d'angor plus violent que les précédents, l'autopsie a montré que les orifices des coronaires étaient perméables et même dilatés. Il y a insuffisance des sigmoïdes aortiques, dilatation de l'aorte et hypertrophie du ventricule gauche, tandis que le droit paraît au contraire diminué et comme écrasé par le gauche.

M. Ball propose d'expliquer les accidents par le fonctionnement incomplet du cœur droit. On peut supposer, dit-il, que, la quantité de sang revenant par les veines pulmonaires au cœur gauche étant amoindrie, il y a eu ischémie cardiaque, et défaut de circulation dans les parois, non par rétrécissement des artères coronaires, mais malgré leur dilatation.

M. *Huchard* signale une lacune de l'autopsie ; pour affirmer que les coronaires étaient perméables, il fallait non seulement examiner leurs orifices, mais disséquer tout leur trajet, ce qui n'a pas été fait. M. Huchard a déjà cité un cas où il y avait dilatation des orifices, mais rétrécissement sur le parcours de ces vaisseaux. D'ailleurs, la rareté de l'artério-sclérose à 34 ans permet de douter qu'il y ait eu, dans ce cas, rétrécissement des coronaires. Mais le malade était adonné au tabac; et c'est un de ces cas d'angine tabagique, dans lesquels les malades meurent sans lésions des coronaires, mais par spasme de ces artères, comme Cl. Bernard l'avait dit.

M. Huchard critique l'administration du sulfate de spartéine qui augmente probablement la tension artérielle. Or tous les médicaments de cet ordre, à commencer par la digitale, sont contre-indiqués chez les angineux et peuvent provoquer des accès. Ce sont, par conséquent, les dépresseurs de la tension artérielle, iodure de potassium, nitrite d'amyle et trinitrine qui sont indiqués.

M. *Guyot* connaît, au contraire, un malade chez lequel la digitale a pu seule faire disparaître les accès d'angor.

M. Huchard admet que dans l'artério-sclérose il y a deux périodes. Dans la seconde, la tension artérielle est diminuée; il est logique alors de traiter les malades comme des cardiaques dont le cœur est forcé. Mais, dans la première, la tension est augmentée, et, lorsqu'il existe en ce cas des phénomènes angineux, on ne peut espérer la guérison que par l'emploi des médicaments qui diminuent cette tension.

Relation de la fièvre typhoïde avec les pluies.

MM. Chibret et Augieras (de Clermont-Ferrand) ont noté pendant la dernière grave épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi, des recrudescences de la maladie un certain temps après des pluies abondantes. MM. Brouardel et Chantemesse, dans l'enquête qu'ils ont faite alors, ont démontré la présence du bacille typhique dans les eaux potables captées dans des conditions défectueuses au-dessous

---

et les bonnes sœurs qui règnent et j'aurais tout à craindre de leur animosité. »

Pauvre confrère ! ce n'était pas la peine d'être élevé sur les genoux de l'Eglise pour être dépouillé aussitôt instruit et armé.

Le mari de Molière était cocu, battu et content ; nous reconnaissons, en vérité, que nous sommes volés, mais nous nous estimons heureux encore de ne pas être jetés hors de la maison !

Telle a été l'enquête, et cependant le ministre reconnaît que « les rapports sont unanimes à constater la gravité des faits ».

Hé bien ! cette enquête qui s'est faite presque à l'insu du corps médical et pharmaceutique nous estimons qu'il est indispensable qu'elle soit refaite, nos intérêts nous le commandent. — Dans un article ultérieur, nous en montrerons l'utilité présente.

Dr Ordonneau.

La médecine en Russie.

En France, un médecin ne peut être requis par la justice ou par un client que de son consentement propre, à moins qu'il n'ait été témoin d'une affaire criminelle, cas auquel il est soumis à l'application de la loi générale. En Angleterre, si un médecin refuse d'aller voir un malade sous un prétexte quelconque, il court la chance d'une censure du *coroner*. Mais en Russie la punition est bien plus considérable. Récemment, à Kiew, un praticien âgé recevait la visite d'une dame habitant à 6 milles de chez lui, c'est-à-dire environ deux de nos lieues. Il s'agissait de l'accouchement d'une multipare pour lequel un confrère avait tenté vainement l'application du forceps. En désespoir de cause, il allait pratiquer la céphalotripsie, mais il désirait l'assistance d'un autre médecin. Deux internes de la clinique obstétricale, également requis, ne purent se rendre à l'opération, en prétendant que leurs instruments étaient en mauvais état, et que, le professeur ayant emporté la clef du tiroir qui contenait les siens, il leur était impossible d'en disposer. Bref, le vieux praticien étant le plus rapproché, on eut recours à lui. Déjà fatigué par plusieurs courses, il ne refusa pas, mais déclara qu'il prendrait 25 roubles (52 francs) pour la consultation et le concours qu'il apporterait à l'opération. La dame le remercia et le quitta en disant qu'elle déposerait une plainte contre lui, puis elle chercha et découvrit un autre médecin qui vint aider à la céphalotripsie. Quelque temps après, le vieux praticien était cité en justice, condamné à huit jours d'arrêts dans sa maison et à une amende de 5 roubles (10 fr. 40 c.). En vain en appela-t-il, prétendant que ce cas particulier ne pouvait être comparé à celui d'un médecin appelé pour une maladie contagieuse ou dangereuse ; en vain soutint-il qu'il y avait d'autres confrères en ville, et qu'il n'avait pas refusé. Malgré tout, la Haute Cour confirma la première décision et l'aggrava encore, puisqu'elle porta les arrêts à quinze jours à la *maison de détention* de la ville, l'amende à 5 roubles, et y ajouta *les dépens* du procès. (*Lancet*, 6 fevr. 1886.)

du village de Royat. Les pluies étaient ordinairement suivies au bout de 30 à 35 jours d'une recrudescence de dothiénentéries dans la garnison.

QUINZAINE CHIRURGICALE

Adéno-Phlegmon juxta-pubien et Phlegmon du ligament large (1).

Bien que notre collègue Le Gendre ait dit quelques mots de cette intéressante discussion, nous la croyons trop importante, au point de vue pratique, pour ne point y revenir. Nous avons eu récemment trois fois l'occasion d'étudier l'évolution du phlegmon du ligament large sur des malades du service de M. le Professeur Trélat et nous croyons intéressant de rapporter ce que l'observation nous a montré, si toutefois nous ne nous sommes pas trompés dans notre interprétation. M. Alphonse Guérin nie l'existence du phlegmon du ligament large et remplace cette entité pathologique par l'adéno-phlegmon juxta-pubien. Pour cela, il s'appuie sur deux sortes de faits, anatomiques, cliniques. Anatomiquement parlant, le ligament large constitue une loge parfaitement close de toutes parts par des aponévroses qui forment trois plans : un antérieur, un postérieur, un inférieur. Passant de l'anatomie à la physiologie pathologique, M. Guérin dit ensuite que, s'il se formait du pus dans la petite cavité du ligament large, il ne pourrait y avoir là qu'un petit abcès ayant beaucoup de peine à se faire jour au dehors, et quand même un abcès se formerait dans le ligament large, et tendrait à se faire issue au dehors, pourquoi se porterait-il plutôt vers la partie antérieure de l'abdomen au niveau du ligament de Fallope que vers la région lombaire ? D'autre part, M. Guérin admet que les lymphatiques du col utérin vont se porter à des ganglions occupant le trou sous-pubien ; c'est sur le trajet de ces vaisseaux lymphatiques qu'il se fait une propagation inflammatoire, qui ne tarde pas à s'étendre au tissu cellulaire voisin; puis les ganglions se prennent à leur tour et il se forme une tumeur phlegmoneuse qui adhère à la paroi pelvienne. Voici ses caractères cliniques : elle s'étend de l'utérus à la région pubienne et ne suit pas la direction des ligaments larges qui est transversale ; par le toucher on reconnaît assez facilement un empâtement œdémateux le long de la paroi vaginale correspondante, le cul-de-sac peut être effacé ; quelquefois il est plus large que du côté opposé ; en somme, la tumeur suit la direction du vagin d'abord, pour s'en éloigner ensuite et se porter vers le pubis. Il serait même possible avec un peu d'habitude de reconnaître dans les jours qui précèdent la formation de la tumeur, l'existence de simples cordons constitués par les vaisseaux lymphatiques enflammés. La tumeur est donc collée au pubis ; et il n'est pas possible de glisser les doigts entre cette partie de la ceinture pelvienne et la masse phlegmoneuse. Tous les auteurs à la suite de Chomel, dit M. Guérin, ont attribué un caractère pathognomonique à cette induration de la paroi abdominale qui s'étend peu à peu au-dessus de l'arcade de Fallope; ils l'ont même nommé le *plastron* pour mieux en caractériser la forme. Or ce plastron, pour M. Guérin, ne saurait se comprendre s'il était dû à une affection phlegmoneuse développée dans le ligament large, et comme c'est un signe mentionné par tous les auteurs qui ont écrit sur ce sujet, il faut admettre que tous ont mal interprété l'origine et le mode de formation du plastron et que ce signe est la caractéristique non pas du phlegmon du ligament large, mais du phlegmon juxta-pubien. D'ailleurs, MM. Bernutz et Frarier, qui ont décrit avec soin le phlegmon ligamenteux signalent toujours l'adhérence de la masse phlegmoneuse à la branche horizontale du pubis.

M. le Professeur Sappey réfute les preuves anatomiques de M. Guérin à l'aide de deux séries d'arguments. Et d'abord ses recherches personnelles lui ont montré que les vaisseaux lymphatiques de l'utérus naissent de la tunique musculeuse et de la muqueuse. Ceux qui partent de la tunique musculaire vont se rendre à trois groupes ganglionnaires : l'un formé de trois ganglions situés dans l'angle de bifurcation de l'iliaque primitive, le second est en arrière de l'iliaque primitive; les ganglions lombaires sont le troisième aboutissant et reçoivent seulement les troncs qui viennent du bord supérieur de l'utérus, tandis que les autres reçoivent ceux des faces qui, pour y parvenir, traversent obliquement toute la longueur du ligament large. Les vaisseaux de la muqueuse du col se rendent dans un très petit ganglion situé sur les côtés de l'utérus au niveau des insertions vaginales. Passant à une discussion plus serrée, M. Sappey refuse de reconnaître à une pièce anatomique déposée à l'amphithéâtre de Clamart par M. Lebee, les caractères d'évidence démonstrative que M. Guérin lui attribue. Le vaisseau lymphatique qu'on observe sur cette pièce et qui se rendrait au ganglion sous-pubien est peu significatif, car il porte les traces de nombreuses réparations sur son trajet, et d'après la direction qui lui est donnée sur la pièce de M. Lebee, on ne pourrait comprendre facilement son fonctionnement. Le ganglion sous-pubien reçoit, en effet, des vaisseaux lymphatiques afférents, venant des adducteurs de la cuisse ; les vaisseaux efférents vont dans les ganglions iliaques externes. Dans la pièce en discussion ils reçoivent un lymphatique venant du ganglion de l'aine, et en outre, un gros tronc provenant de l'utérus, tronc qui serait à la fois afférent et efférent, ce qui ne peut se comprendre facilement.

Quoi qu'il en soit de cette réfutation anatomique conduite avec la précision habituelle à M. Sappey, nous retenons seulement deux choses : il existe dans le ligament large et près de l'utérus, c'est-à-dire dans sa base, des vaisseaux lymphatiques et un ganglion recevant des réseaux de l'utérus lui-même. Il peut donc y avoir dans ces ligaments larges des lymphangites, plus ou moins intenses, phlegmoneuses ou non, ayant leur point de départ dans les réseaux utérins.

Or, c'est ce que M. Guérin a contesté jusque là, se basant sur les caractères fournis par la direction de la tumeur, son accolement au pubis, et la formation du plastron. Nous sommes loin de vouloir contester la valeur clinique des remarques faites par M. Guérin ; cependant, nous avons observé ces temps derniers, trois faits absolument identiques qui nous empêchent de partager entièrement sa manière de voir. Dans ces trois cas, nous avions fait le diagnostic de phlegmon du ligament large et il

(1) Académie de médecine, 10 et 17 mai 1887 — et observations personnelles.

fut confirmé par notre maître, M. le professeur Trélat. On va voir sur quels caractères nous formulions ce diagnostic. Une jeune femme nous fut envoyée du service d'accouchement de la Charité, elle avait eu des accidents d'infection puerpérale légère et il s'était formé une masse douloureuse dans le petit bassin. Il existait, en effet, à droite, tranversalement, une tumeur dure, douloureuse, à grand diamètre transversal répondant à la direction et au siège du ligament large ; on pouvait, par le toucher, constater qu'elle bombait dans le cul-de-sac droit du vagin ; qu'on pouvait lui imprimer des mouvements de déplacement en masse de haut en bas et de bas en haut ; de plus, les doigts de la main gauche déprimant la paroi abdominale au-dessus de l'arcade de Fallope, pouvaient venir à la rencontre du doigt placé dans le cul-de-sac vaginal ; il n'y avait donc pas d'accolement de la masse inflammatoire à la branche horizontale du pubis. Le phlegmon augmenta, et quelques jours après cet accolement se fit et alors on put saisir le début de la formation du plastron ; mais M. Trélat ne lui laissa pas le temps de se former ; il pratiqua une incision au-dessus de la moitié interne de l'arcade de Fallope, parallèlement à cette arcade, pénétra dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et peu à peu arriva à la collection purulente. Le foyer avait une profondeur de 6 à 8 centimètres, et par sa partie inférieure répondait à l'insertion du vagin sur l'utérus ; on y plaça un drain et la guérison se fit rapidement.

Il y a six semaines, une malade du service subissait l'ablation par torsion d'un gros polype fibreux de l'utérus ; la muqueuse de cet organe qui suppurait depuis quelque temps, devint, quelques précautions que l'on ait prises, le point de départ de poussées inflammatoires ayant tous les caractères fébriles des lymphangites. On vit d'abord évoluer du côté droit un empâtement profond ayant exactement tous les caractères indiqués plus haut : mobilité verticale, isolement du pubis ; il se résorba sous l'influence de l'application de vésicatoires répétés.

Puis, le côté gauche se prit à son tour et nous avons pu suivre jour par jour les mêmes phénomènes.

Enfin, ces jours derniers, nous avons reçu une autre femme accouchée depuis six semaines, qui a été prise quinze jours après son accouchement de phénomènes d'inflammation pelvienne ; elle a aujourd'hui une masse phlegmoneuse dans le ligament large gauche, plus volumineuse que chez la première malade ; elle est néanmoins mobile de haut en bas, on peut insinuer la main entre la partie antérieure et le pubis, sentir dans ce sillon de dépression le doigt placé dans le cul-de-sac vaginal gauche ; il n'y a pas encore de plastron.

Ce phénomène du plastron, qui n'est en somme que l'apparition de l'inflammation phlegmoneuse au niveau de l'arcade crurale, nous semble devoir toujours être secondaire, plus ou moins tardif dans le phlegmon du ligament large. Il ne nous paraît pas impossible qu'il se produise de la façon suivante : le foyer phlegmoneux du ligament en s'étendant soulève la paroi antérieure, décolle le péritoine peu adhérent entre le ligament large et la région de l'arcade de Fallope, et alors l'accolement se fait, le plastron se produit et le pus du ligament large tend à fuser vers la paroi abdominale antérieure.

Ce sont alors là les cas qui ressemblent au phlegmon juxta-pubien dont nous n'avons pu trouver d'exemple cliniquement, et, d'ailleurs, l'extension du pus provenant du ligament large peut se faire vers d'autres points ; on sait que beaucoup de phlegmons iliaques chez la femme débutent par les phénomènes classiques du phlegmon du ligament large. Pourquoi l'extension se fait-elle dans un sens ou dans l'autre ?

Il est impossible de le dire d'une façon certaine ; peut-être ne tient-on pas assez compte du ganglion dont parle M. Sappey, situé sur les côtés du col; il peut, lui aussi, être le siège d'un adéno-phlegmon qui sera alors plus rapproché du cul-de-sac vaginal et de la ceinture pelvienne; la collection purulente qui en résultera aura une certaine profondeur et, caractère très important, par sa partie interne, elle sera contiguë à la vessie; c'est ce que nous avons constaté très nettement sur la première de nos malades. La vessie était si proche qu'en introduisant un trocart pour pénétrer de haut en bas dans le cul-de-sac vaginal et y passer un drain, on perfora légèrement la vessie ; ce petit accident n'eut d'ailleurs aucune suite sérieuse ; je m'en aperçus le lendemain ; alors j'enlevai le drain en anse et je plaçai une sonde à demeure ; au bout de trois jours, il n'y avait plus trace de cette perforation vésicale.

En somme, et pour nous résumer, nous croyons, d'après les faits que nous avons *constatés*, *pouvoir* dire qu'il existe des affections inflammatoires localisables au ligament large et reconnaissables à certains signes déterminés dont les principaux sont la direction de la tumeur, sa mobilité de haut en bas, sa séparation de la branche horizontale du pubis.

Traitement des hémarthroses du genou.

Les contusions du genou, les tiraillements sur cette articulation donnent lieu très souvent à des épanchements articulaires sanguins qui se font toujours dans les premières heures qui suivent l'accident. Plusieurs méthodes thérapeutiques sont en présence pour obtenir la guérison de ces hémarthroses. Ou bien on se contente d'immobiliser le membre, de l'entourer d'une bonne couche d'ouate, et de le serrer fortement à l'aide d'une bande roulée, régulièrement appliquée du pied au milieu de la cuisse.

Cette compression favorise la résorption de l'épanchement ; au bout de dix à quinze jours, elle est levée et renouvelée et ainsi de suite jusqu'au moment où l'épanchement a totalement disparu. Mais il reste des raideurs articulaires notables qu'il faut traiter et faire disparaître par le massage. Depuis que la méthode antiseptique a permis de faire, sans danger les ponctions articulaires, on a pensé que l'aspiration du liquide épanché diminuerait la longueur de la guérison. On pratique alors une ponction aspiratrice avec le trocart nº 3 de l'appareil Potain au niveau du cul-de-sac supérieur de la synoviale du genou, on aspire le liquide, puis on ferme l'orifice à l'aide d'un peu de collodion iodoformé. On établit ensuite une bonne compression ouatée comme dans la première méthode.

Enfin, quelques chirurgiens font suivre la ponction aspiratrice d'un lavage articulaire à l'aide d'une solution antiseptique. *Bondesen*, chirurgien de Copenhague, après avoir employé l'eau phéniquée à 2 %, se sert depuis plusieurs années de la solution de sublimé à 1 pour 2000. Il n'a jamais observé la moindre complication et il ne s'est jamais présenté de lésions consécutives à l'hémarthrose. Il a publié ré-

cemment les résultats comparés du traitement par la ponction et l'injection antiseptique et ceux obtenus par la compression lente. Voici ce que montre cette comparaison : 57 malades furent traités par la ponction ; la durée moyenne du traitement fut de 21 à 22 jours ; 49, c'est-à-dire 86 %, ne présentaient au bout de ce temps aucune raideur articulaire ; 8, c'est-à-dire 14 %, en avaient conservé. 62 malades, d'autre part, ont été traités par la ponction et le lavage articulaire ; la moyenne du traitement a été de 38 jours ; au bout de ce temps 39, c'est-à-dire 62 %, étaient guéris, et 23, ou 37 %, l'étaient incomplètement.

Comme on le voit, la guérison complète est plus sûrement et plus rapidement obtenue par le traitement moderne. La durée du traitement est de 16 jours moins longue en moyenne et le nombre des guérisons complètes est 24 fois plus considérable.

Traitement des cystites et des urétrites par le lavage (1).

Depuis que la thérapeutique des maladies de la vessie a mis en usage les lavages de ce réservoir, on a souvent remarqué que l'introduction de la sonde était irritante pour l'urèthre et pour le col vésical ; de plus, la vessie elle-même, excitée par une force qu'on ne saurait facilement calculer, peut réagir et devenir intolérante. M. Lavaux s'est proposé de supprimer la sonde et de n'utiliser que la force rigoureusement nécessaire pour faire pénétrer la colonne liquide dans la vessie. Il se sert pour cela d'une bouteille d'un litre graduée, fermée par un bouchon de caoutchouc, lequel est traversé lui-même par deux tubes courbes à angle droit en métal nickelé. L'un de ces tubes ouvert directement à la partie supérieure du réservoir reçoit à son orifice extérieur le conduit en caoutchouc d'une poire d'insufflation. L'autre tube est muni, du côté bouteille, d'un tube plongeur allant jusqu'au fond et du côté extérieur d'un long tube de 1 m. 50, tube injecteur, terminé par une canule à robinet qui pénètre dans le canal jusqu'au delà de la fosse naviculaire. Ces canules ont un diamètre variable de 1 mm. 1/3 à 3 mm. et, quand le vase est à une hauteur moyenne de 1 m. 30, la pression du liquide dans le canal peut varier suivant la canule employée (le jeu se compose de six) de 16 gr. à 82 gr. On se sert d'une solution d'acide borique à 4 0/0 portée à 35° environ. On amorce le tube injecteur qui forme syphon à l'aide de la poire de caoutchouc qu'on retire ensuite ; on introduit la canule et, élevant le réservoir, on laisse couler le liquide dans la vessie jusqu'à ce que l'envie d'uriner se fasse sentir. Sous l'influence de ces manœuvres, on ne tarde pas à constater que la vessie devient de plus en plus tolérante. Dans les cystites aiguës intenses, il est bon de faire le lavage deux fois par jour ; dans les formes chroniques, une seule séance suffit.

Quand la cystite coïncide avec une blennorrhagie, qui d'ailleurs en est la cause, il faut, avant de faire le lavage vésical, nettoyer l'urèthre afin de ne pas inoculer de nouveau la vessie. Pour cela, M. Lavaux, se basant toujours sur le calcul des pressions, a trouvé qu'avec une élévation de 50 centimètres seulement et un robinet de débit de 1 millimètre on n'avait aucune chance de pénétrer dans la vessie. Il se sert alors d'une sonde métallique d'un calibre de 1 millimètre ; l'extrémité olivaire porte deux rainures destinées à faciliter le reflux du liquide qui va dans son retour laver les parois uréthrales d'arrière en avant. Avec cet appareil dont on introduit la sonde jusqu'au cul-de-sac du bulbe, on peut dans les cas de blennorrhagie laver plusieurs fois par jour l'urèthre antérieur, et on obtient des guérisons rapides sans courir le danger de provoquer de la cystite.

Dr Barette.

(1) *Archives générales de médecine,* février, mai, 1887.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 mai.

Dans une précédente séance, M. Hayem avait fait une communication relative *à la diarrhée verte des jeunes enfants,* dont les recherches de son interne, M. Lesage, lui semblaient démontrer la nature microbiene.

M. Damaschino, au nom de M. Clado et au sien, réclame la priorité de cette découverte : il y a plus de deux ans (le 6 décembre 1884), ces observateurs ont présenté une longue note sur les *microbes en bâtonnets de la diarrhée infantile* avec préparations microscopiques et micro-photographies à l'appui.

Dans ce travail (Voyez comptes rendus de la Soc. de Biologie, 1884, p. 676), le *bacille intestinal* est décrit avec ses caractères distincts : le nombre en est considérable ; proportionné aux diverses périodes de la maladie, il décroît à mesure que la diarrhée diminue d'intensité et que les selles perdent leur teinte verte pour redevenir jaunes.

M. *Hayem* répond aux revendications de priorité présentées par M. Damaschino.

Je n'avais pas, dit-il, connaissance du travail de mon collègue M. Damaschino et de son interne. Je l'aurais cité avec le plus grand plaisir. J'ai lu depuis et j'ai vu qu'il y a deux ans environ, M. Damaschino et un de ses internes avaient constaté dans les matières de la diarrhée verte des enfants une grande quantité de bacilles allongés. Mais ces auteurs se sont bornés à cette simple constatation et à la description minutieuse des caractères morphologiques des micro-organismes. Ils avaient également remarqué que le nombre des bacilles allait s'atténuant au fur et à mesure que les évacuations alvines reprenaient leur coloration normale. Je crois que mon interne, qui est parvenu à isoler, à cultiver ce bacille de la diarrhée verte, et qui a entrepris ensuite une série de recherches expérimentales dans le but de prouver que l'introduction de ces bacilles dans le tube digestif des animaux engendre la diarrhée verte, a fourni ainsi un travail de grande valeur.

La constatation pure et simple des bacilles dans les matières alvines est un fait courant.

Je crois donc devoir maintenir ce que j'ai déjà dit. M. Lesage n'a pas découvert le micro-organisme de la diarrhée verte, mais il est parvenu à établir le rapport qui existe entre le bacille et la coloration verte des selles diarrhéiques, et il a pu reproduire cette maladie en introduisant le bacille dans l'intestin des animaux.

M. Terrillon lit une communication sur quatre cas d'*hémato-salpingite,* guéris par la laparotomie.

Elections.

Ont été élus correspondants nationaux, dans la 1re division : MM. Mauricet (de Vannes) et Ossian

Bonnet (de Rio-Janeiro) ; — dans la seconde division, M. Surmay (de Ham). Ont été élus correspondants étrangers : MM. Spencer Wells (de Londres), et Kosloff (de Saint-Pétersbourg).

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Ader, à Montamat (Gers), présenté par le directeur.

M. le Dr Ducroux, à Gueugnon (Saône-et-Loire), présenté par MM. les docteurs Gauthier, de Charolles, et Goëde, de Bourbon-Lancy.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Encore l'Association générale des médecins de France.

Nous reproduisons l'article suivant, de la *Province Médicale*. Nous avons exposé nos impressions personnelles à propos de la séance de l'Association, ce n'est qu'à titre de document que nous soumettons à nos lecteurs celles de M. *Augagneur*.

« L'Association générale des médecins de France a tenu son assemblée générale les 17 et 18 avril 1887. Nous étions habitués, par les récits de l'annuaire, à considérer cette réunion annuelle comme une touchante manifestation de la confraternité médicale. De l'ouverture de la première séance au dessert du banquet, ce n'étaient que larmes de joie, poignées de main bien senties, discours attendris. Cette année, l'idylle a été interrompue. Exposons d'abord l'incident, puis nous en tirerons les conséquences.

Le docteur Trollard avait la parole pour exposer deux vœux émis par la société d'Alger, dont il est président : l'un de ces vœux concernait l'établissement d'une caisse de retraite, l'autre la fondation d'une maison d'asile pour les médecins, à Tipaza, près Alger. La Société d'Alger avait, dans le courant de l'année, envoyé à toutes les Sociétés locales une brochure exposant l'économie de ses propositions, et les recommandant à l'étude de ces Sociétés pour qu'elles pussent être discutées, en connaissance de cause, en assemblée générale. La communication de la Société algérienne n'était pas tendre pour le bureau de l'Association générale. Elle constatait que, soit inertie, soit indifférence, le bureau laissait dormir et disparaître à peu près toutes les propositions émanées de l'initiative des Sociétés locales, qui, elles-mêmes, découragées par le peu de succès de leurs efforts, tombaient dans l'apathie. Les phrases suivantes avaient vivement ému le bureau :

« Nous avions aussi demandé qu'une démarche fût faite auprès du ministre de l'Intérieur pour obtenir la promesse de concession du domaine qui doit assurer l'entretien du futur asile de Tipaza. Ces messieurs ont déclaré qu'ils n'avaient aucune qualité pour faire cette démarche ; il paraît qu'ils ont seulement qualité pour aller à ce même ministère solliciter d'autres faveurs.

....

J'ai entendu dire que dans beaucoup de Sociétés locales on avait adopté aussi ces procédés anesthésiques, et que tout leur travail consistait à se réunir une fois par an, pour brûler de l'encens et pontifier ensuite dans des banquets à toasts.

L'Association n'a pas été créée pour cela. S'il est malheureusement vrai que la plupart des Sociétés de secours mutuels de France et d'Algérie ne sont que des fabriques de ruban rouge à l'usage de leurs dignitaires, nous ne pouvons pas laisser la nôtre en arriver là. »

Dire que le docteur Trollard a été accueilli avec sympathie serait outrager la vérité. Si nous nous en rapportons au texte du *Bulletin médical*, nous ne trouvons rien, dans les termes dont il s'est servi à la tribune, qui puisse excuser l'intolérance dont le bureau et une partie de l'assemblée ont usé à son égard. Notre confrère d'Alger s'est vu brutalement retirer la parole et a été obligé de se retirer. Dans leur zèle, quelques membres voulaient lui voter un blâme. Seul le docteur Lenoël a protesté contre des procédés de discussion dont les anarchistes des réunions publiques n'auront plus, désormais, le monopole.

Il n'y avait rien, je le répète, dans les termes dont s'est servi le docteur Trollard à la tribune, qui puisse expliquer semblable intolérance. Le bureau et ses partisans se sont vengés sur M. Trollard des critiques de la Société d'Alger. D'ailleurs, il y avait dans *cette circulaire quelque chose* qui touchait autrement le bureau que les phrases citées plus haut, et qui, suivant une déclaration de M. Foville, n'atteignaient le bureau ni dans son honneur ni dans sa dignité. La Société d'Alger avait adressé ses propositions directement aux Sociétés locales, ouvrant une enquête, essayant de créer un courant d'opinion en dehors du bureau, et avant que les hauts dignitaires de l'Association aient pu prendre des précautions pour le triomphe de leur propres idées. A Alger, on semblait vouloir ériger ce procédé en habitude, et inciter les Sociétés locales à communiquer directement entre elles, à se concerter avant les assemblées générales pour constituer une majorité. Cette initiative de décentralisation était pour déplaire à ceux qui dirigent l'Association, et c'est ce qui explique l'incident Trollard.

Tôt ou tard le bureau de l'Association et les Sociétés locales devaient entrer en conflit. Il est surabondamment prouvé par l'expérience de nombreuses années, que l'Association générale ne rend pas les services qu'on en avait attendus. L'Association est une Société de secours mutuels assez peu prospère, et n'est rien de plus. Beaucoup de médecins sont entrés dans la phase du découragement : le trésorier de l'Association, M. Brun, l'a prouvé en avouant que les subventions des Sociétés locales étaient tombées de 21,000 à 18,000 francs de 1885 à 1886.

C'est qu'il nous est difficile à nous, provinciaux, de comprendre l'utilité de notre affiliation à l'Association générale, c'est-à-dire, de notre soumission aux avis sans appel d'un bureau composé de nos confrères de Paris.

L'Association nous donne-t-elle quelques avantages dans le domaine des satisfactions morales ? Aucune de nos résolutions n'est adoptée. Cette année encore, ajournement d'une proposition de la Société de la Haute-Loire demandant que chaque Société soit représentée à l'assemblée générale par un nombre de voix proportionnel à celui des membres qu'elle contient ; rejet d'une proposition de la Société de l'Oise demandant que l'assemblée générale

ait lieu alternativement une année à Paris, l'année suivante dans une grande ville de France. Dans un ordre d'idées plus générales, le rapport de M. Riant sur l'exercice de la médecine n'est qu'une paraphrase élogieuse du projet gouvernemental, qui a donné lieu pourtant à de sérieuses objections. L'histoire de l'Association générale est, au point de vue des intérêts de la profession, absolument nulle : aucune amélioration n'est due à son intervention ; elle examine les propositions qui lui sont soumises avec la lenteur d'un ministère et ne les adopte jamais ; elle en est arrivée à mettre son idéal dans cette apathie, puisque le secrétaire général, M. Foville, commençait ainsi son compte rendu :

« L'année actuelle s'est passée sans incident notable au sein de la Société, et c'est là une chose dont il faut se féliciter.

Un historien a dit : « Heureux les peuples qui n'ont pas d'histoire. » On peut également dire après lui : « Heureuses les sociétés qui n'ont pas d'histoire. »

Les séances du Conseil général se sont ressenties de ce calme universel. »

A côté des intérêts moraux de la Société prennent place les intérêts matériels, non moins importants. Les sociétés locales ont-elles un avantage financier à s'agréger à l'Association générale ? En considérant la Société du département du Rhône, je déclare qu'elle y a perdu peut-être, ou au moins rien gagné. Agrégée en 1860, l'Association des médecins du Rhône verse depuis 27 ans à la caisse générale, et n'y a jamais touché un centime. En admettant que 300 francs représentent la cotisation moyenne de chaque année, c'est une somme de plus de 8,000 francs que nous avons aliénée sans aucun bénéfice ; si, il y a eu un bénéfice, nos présidents ont été élus vice présidents de l'Association générale, nous payons 300 à 400 francs par an un toast au banquet. Nous avons eu, à deux reprises, le privilège de nommer M. Roger président d'honneur, et la satisfaction de le voir nommer commandeur de la Légion d'honneur.

Il ne nous semble pas, d'ailleurs, que l'administration centrale soit des plus économiques. A Lyon, pour des recettes de 6,147 francs, nous dépensons 333 fr. (1884), c'est-à-dire 5,4 %, ce qui est à peu près raisonnable. Dans l'annuaire de 1886 nous trouvons que l'Association générale a dépensé 11,400 francs pour des recettes s'élevant à 78,514 francs, c'est-à-dire que l'administration coûte 14,5 %, chiffre réellement trop élevé (1).

Aussi nous conseillons hautement à l'Association des médecins du Rhône de se rendre indépendante. Financièrement elle fera une économie annuelle dont elle trouvera bien l'emploi dans les demandes de secours qui lui sont adressées. Moralement elle ne sera plus tenue dans l'attente de réformes qui ne viennent jamais, et pourra, en ne comptant que sur elle-même, prendre toutes les initiatives.

Si nous avions un avis à donner aux Sociétés locales, nous leur dirions de ne plus se servir du bureau de l'Association comme intermédiaire, mais de procéder comme la Société d'Alger.

Actuellement toute question mise à l'étude est présentée à l'assemblée générale dans un rapport qui ne donne, en réalité, que l'avis des membres du bureau. Les conclusions en sont votées par des auditeurs qui, n'ayant pas étudié la question, n'en connaissent que ce qu'on vient de leur en dire. L'assemblée, à Paris, est sous la dépendance prépondérante des médecins de Paris. Une seule séance est consacrée à l'examen des vœux, et il faut que tout soit *bâclé* en deux heures. Il n'y a pas de discussion possible, on l'a bien montré à M. Trollard.

(1) Le banquet est-il payé sur le fonds commun?

Nous appelons le jour où les Sociétés, communiquant directement ensemble, étudieront sérieusement les projets. Au lieu d'une assemblée annuelle, un Congrès tenu alternativement dans les principales villes de France, durera le temps nécessaire et permettra une discussion complète, éclairée, et l'indépendance des orateurs. A côté des Congrès scientifiques, nous demandons un Congrès des intérêts matériels. Nous pouvons bien faire ce que font les ouvriers: indépendance des Sociétés locales, réunion pour la discussion des intérêts généraux, dans un Congrès, et non pas dans une séance réduite à enregistrer des décisions prises en dehors des intéressés. »

Victor AUGAGNEUR.

Rapports entre les médecins traitants et les médecins des Sociétés de secours.

M. Foville fixe des règles bonnes à connaître et meilleures encore à suivre dans des circonstances qui ne laissent pas d'être communes.

« Parmi les questions les plus délicates de la déontologie médicale, écrit M. Foville, il en est une qui a fait l'objet, au sein de la Société du Rhône, d'un examen approfondi, suivi d'une décision importante à connaître, et qu'à ce titre je crois devoir reproduire ici textuellement, d'après le compte rendu de l'Assemblée générale du 20 mai 1886.

« Un des médecins les plus estimés d'une ville voisine de Lyon, y est-il dit, fut appelé, il y a quelques mois, par un blessé atteint d'une fracture. Notre confrère, ayant constaté la lésion, procéda immédiatement à la réduction et à l'application d'un appareil définitif. Or le malade, appartenant à une Société de secours mutuels, devait, pour recevoir les indemnités qui lui étaient dues, faire constater son affection par le médecin même de la Société. Il arriva que ce dernier, ne voulant pas accepter sans contrôle le diagnostic de son confrère, fit, en l'absence de celui-ci, enlever le bandage qu'il remplaça par un autre appareil.

« Des termes mêmes de la délibération prise par votre commission, il résulte qu'en règle générale un médecin, ayant à intervenir auprès d'un malade, ne doit agir, s'il se croit dans la nécessité de procéder à un examen de nature à modifier ou à interrompre le traitement institué, qu'en présence et avec l'autorisation expresse du médecin traitant ; que, d'ailleurs, toutes les fois que le malade peut en éprouver des souffrances nouvelles, ou se trouver par suite exposé à des conditions capables de retarder ou de compromettre la guérison, un examen, quel qu'il soit, devient inutile et dangereux, et doit être évité ; que le diagnostic du médecin traitant doit être tenu pour exact, et qu'enfin, ce que les convenances et le devoir professionnel prescrivent à cet égard, s'impose parfois par la force même des choses, le diagnostic de certaines affections, d'une luxation, par exemple, ne pouvant généralement pas, celle-ci une fois réduite, se vérifier. »

« Vous approuverez, messieurs, je n'en doute pas, la décision prise dans cette circonstance par la Société locale du Rhône, et formulée en excellents termes par son distingué secrétaire général, M. le Dr Rochas ; elle a le double mérite de faire une juste part aux égards que les médecins se doivent

entre eux, et de proclamer l'importance prépondérante que doit toujours avoir l'intérêt du malade, auquel il convient, avant tout, d'épargner toute souffrance et même tout examen inutile.

« Elle s'est d'ailleurs trouvée en parfait accord avec l'opinion exprimée par M. le professeur Brouardel sur le rôle respectif que doivent remplir, en pareille circonstance, le médecin traitant et le médecin d'une Compagnie d'assurance, ou d'une Société de secours mutuels.

« Le médecin traitant, dit notre éminent collègue, doit faciliter les constatations nécessaires, car elles peuvent être utiles aux intérêts de son malade ; le médecin de la Compagnie ne doit rien faire qui puisse être considéré comme capable de nuire au blessé, et, ici, il vaut mieux qu'à son appréciation personnelle soit substituée celle du médecin traitant... C'est l'intérêt du malade qui prime toutes les autres considérations..... »

BULLETIN DES SYNDICATS ET DE L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Lettres professionnelles

A L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE

Assemblée des 17 et 18 avril 1887

A Monsieur le Docteur MARGUERITTE,
Ancien président de l'Union des Syndicats médicaux.

Cher confrère et ami,

Les réunions annuelles des délégués des sociétés locales à l'Assemblée générale de l'Association des médecins de France impriment périodiquement aux questions professionnelles une impulsion nouvelle. Pendant quelque temps, pour le chroniqueur, c'est un champ à explorer et, pour le commun des mortels (j'entends des praticiens), c'est un vaste sujet à réflexions, tristes ou gaies, suivant le tempérament de chacun et suivant le point de vue auquel on se place. Je me propose, si vous le voulez bien, de faire avec vous quelques excursions sur cet intéressant domaine. L'Association, c'est nous tous, et, dussions-nous n'être pas tout à fait d'accord avec nos honorables dignitaires, on ne saurait nous savoir mauvais gré de soumettre à la critique, dans l'intérêt général, les paroles ou les actes de ceux qui nous dirigent.

Nous dirigent, ai-je dit ; mais je vous vois déjà sourire finement et me montrer les premières lignes du compte rendu de l'honorable secrétaire général, M. le Dr Foville. Je reconnais volontiers qu'il s'entend à merveille à plaider les circonstances atténuantes. Pour lui, si les séances du conseil général ont traversé une période de calme plat, (*habemus confitentem*...) c'est que le conseil général est un véritable centre nerveux qui, pour entrer en activité, a besoin d'un excitant périphérique. Son activité fonctionnelle, le plus souvent, n'entre pas en jeu spontanément ; elle a besoin d'être sollicitée par un *stimulus* extérieur et le point de départ de cette incitation se trouve, d'ordinaire, dans les travaux des sociétés locales.

Or, qu'est-il arrivé cette année ? C'est que les comptes rendus des travaux des sociétés locales envoyés au bureau de l'Association générale ont été moins nombreux que d'habitude. Les incidents nouveaux et les faits dignes d'attirer l'attention, signalés dans ces comptes rendus, ont presque complètement fait défaut. De là l'honorable secrétaire général conclut que l'Association générale des médecins de France a été heureuse cette année, puisqu'elle n'a pas eu d'histoire.

Eh bien ! cher confrère, ce raisonnement peut être d'une logique irréprochable pour son auteur ; mais, à mon sens, il n'est qu'un paralogisme présenté sous une forme gracieuse et spirituelle. Quand on a dit : « Heureux les peuples qui n'ont pas d'histoire, » on n'a point voulu dire heureux ceux qui, à l'exemple des végétaux, vivent et se développent sans laisser trace de leur existence et sans marquer leur place au soleil.

Quand on a dit : « Heureuse la femme qui n'a pas d'histoire », on s'est placé sur un terrain tout différent de celui qu'a choisi l'honorable Dr Foville. Si j'ai bien compris sa pensée, je la traduirai volontiers ainsi : l'Association a été d'autant plus heureuse qu'elle a eu moins à s'occuper de choses intéressant le corps médical. Je puis me tromper dans mon interprétation ; mais, assurément, bien des confrères ont pensé comme moi et, comme moi, ne demandent qu'à être désabusés.

Je ne serai pas fâché également de voir notre secrétaire général mettre sa théorie physiologique du rôle de l'association générale d'accord avec l'article 12 des statuts ainsi conçu :

« Art. 12 Le conseil général *dirige* l'Association générale dans son ensemble.....

« Il prépare et propose à la sanction de l'Assemblée générale les projets relatifs aux fondations et institutions qui intéressent la généralité de l'œuvre. »

J'ai toujours pensé que cet article faisait du conseil général autre chose qu'un centre de réflexes répondant d'une manière plus ou moins énergique aux excitations qu'il reçoit. J'avais imaginé qu'il possédait une initiative propre et qu'il pouvait librement se mouvoir dans un cercle donné, sans attendre le stimulus, l'aiguillon des sociétés locales ; qu'il pouvait, par exemple, « préparer la fondation des institutions propres à compléter son œuvre, notamment la fondation d'une caisse de retraites ».

Il est vrai que les statuts ne prévoient cette fondation que dans un avenir indéterminé, au fond d'une perspective indéfinie, et qu'une caisse de retraite s'est fondée sans le concours de l'Assocaition, sans le moindre encouragement venu de son côté. Que dis-je ? N'avons-nous pas rencontré parmi ses amis les plus dévoués, sans qu'elle ait protesté, les plus vives, les plus injustes attaques, comme les plus odieuses insinuations ? D'autre part, vous savez l'accueil encourageant fait au bouillant Président de la Société d'Alger qui venait présenter un projet pourtant bien doré, mais bien irréalisable, hélas ! Un véritable mirage entrevu sur les sables africains !

Je ne parlerai pas aujourd'hui de nos intérêts professionnels que l'Association, je me plais à le proclamer, a souvent pris en mains. On me répondrait bien vite : « Mais elle les poursuit en toute occasion ! la preuve, c'est que M. Riant a lu un

commentaire de la loi présentée au Parlement sur l'exercice de la médecine. »

Grand merci ! M. Riant doit avoir raison, puisqu'il a seul parlé et que son travail n'a pas été discuté et, par sa nature même, nous a-t-on dit, ne devait pas l'être. Mais, consolons-nous ; s'il n'a pas été discuté à l'Assemblée générale, il le sera ailleurs, un de nos confrères a bien voulu s'en charger. En attendant, M. Riant peut tenir pour assuré que les praticiens des petites localités et des campagnes ne ressentent pas la même satisfaction que lui : tous ont éprouvé un sentiment de déception ou, pour le moins, de froideur et d'indifférence pour l'œuvre si favorablement accueillie par notre honorable confrère.

A propos du travail de M. Riant, je me suis demandé, et bien d'autres avec moi, pourquoi on vient lire à l'Assemblée des délégués un travail qui ne peut être discuté ? Humble profane, j'estime que c'est faire bien bon marché du temps des délégués. Il me semblait que nos représentants avaient plus et mieux à faire qu'à écouter des communications intéressantes peut-être, mais à la suite desquel les ils doivent rester bouche close. Il y aurait là une réforme à introduire, et je la signale au conseil général. Ces communications peuvent être parfaitement faites hors séance, par la voie de la presse ou par voie de brochures distribuées à tous les délégués. Ce serait du temps gagné.

Pourquoi aussi ne communiquerait-on pas aux journaux, avant la réunion, certains rapports qu'il serait absolument avantageux de pouvoir étudier sérieusement avant le jour où on est appelé à les discuter ? Croyez-vous *qu'un seul* des délégués puisse venir utilement discuter, le lundi, le compte rendu de M. Foville, ou celui du trésorier, ou celui de tel ou tel rapporteur, après l'audition de la veille ? Non, mille fois non. Pourquoi dès lors garder si sévèrement le secret ? Ne craint-on pas d'entendre dire qu'on redoute la discussion sérieuse et la lumière qui la suit ? Est-il résulté des inconvénients de la communication qui fut faite, il y a un an ou deux, quinze jours avant l'Assemblée, d'un travail important touchant une des questions palpitantes du moment ? Je ne sache pas que personne se soit plaint. Quelques effets oratoires pourraient bien être un peu défraîchis, mais nos honorables confrères s'en consoleraient aisément en pensant qu'ils sacrifient l'agréable à l'utile.

Nous avions espéré voir cesser les anciens errements et voir des modifications heureuses s'introduire ou se perpétuer. Mais on revient toujours à ses vieilles habitudes ! Aussi est-il à craindre que dans l'avenir, comme par le passé, nous ne recevions communication des rapports qu'après la réunion où ils auront été lus, et toujours adoptés. Ce sera le respect de la tradition ; assurément, ce ne sera pas le progrès.

Une autre modification aux usages reçus qu'il me paraîtrait urgent d'adopter, consisterait à permettre aux représentants de la presse médicale, *non délégués, mais membres de l'association*, d'assister à la séance du lundi. On allègue, pour les exclure, les élections qui ont lieu chaque année, à cette séance, et auxquelles on craint de voir prendre part des personnes n'ayant pas qualité pour cela. C'est, vous vous souvenez, l'objection qui fut faite à notre ami Verdalle lorsqu'au mois de mai 1886 il voulut, comme délégué suppléant de la Gironde, pénétrer dans le sanctuaire.— Vous n'êtes pas délégué, vous ne passerez pas, dit le cerbère monocéphale, préposé à la garde du temple sacré. — Je suis délégué suppléant. — Délégué suppléant ? Qu'est-ce ? inconnu au bataillon ! vous ne passerez pas. — Je suis rédacteur en chef d'un journal de médecine. — Vous vous trompez de porte. Vous n'entrerez pas ici ; c'est ma consigne ! — Et, ne pouvant montrer patte blanche, le Dr Verdalle dut battre en retraite tout en maugréant.

Si on craint de voir des profanes usurper le droit de vote, eh bien ! qu'on leur réserve un tout petit coin ; qu'on établisse même une légère balustrade comme à la rampe de l'Opéra ou des grilles de fer, comme chez Nouma-Hava, peu nous importe. Les barrières seront respectées. Au surplus, l'espace ne manque pas dans ce vaste amphithéâtre et l'association ne serait plus exposée à des reproches que nous avons entendu formuler et qui sont trop graves et, à coup sûr, trop immérités, pour qu'il me soit permis de m'en faire l'écho.

La réalisation de ce projet constituerait sûrement un progrès. Elle donnerait satisfaction à une grande partie du corps médical, qui verrait dans le contrôle impartial de la presse une garantie sérieuse de la bonne direction donnée aux débats dans des questions qui nous intéressent tous. L'Association ne pourrait, de son côté, que gagner à cette publicité. Mais pouvons-nous espérer cette amélioration ? Il est si difficile de changer des habitudes invétérées !

Une autre modification importante.... Mais je vous entends me traiter d'affreux révolutionnaire; aussi, pour aujourd'hui, mon cher ami, je ne veux pas vous effrayer et je m'arrête, sauf à poursuivre bientôt. Car je n'ai pas fini.

Bien à vous,

AD. BARAT-DULAURIER.

VARIÉTÉS

Une bonne nouvelle pour ceux de nos confrères, et le nombre en est plus grand chaque année, qui ont pris la bonne et salutaire habitude d'entreprendre tous les ans un voyage de vacances, et qui n'ont pas encore un but fixé.

La Société française d'hygiène, intervenant en gardienne tutélaire de la santé de notre corporation, a pris, sur la proposition de M. Grellety, l'initiative d'établir, pour le mois de septembre prochain, la formation d'une « caravane hydrologique » dont elle conviera les membres à visiter le massif de l'Auvergne et tous les nombreux établissements hydrologiques qu'il recèle.

Le projet est excellent, et l'exécution telle qu'on la présente, promet d'être charmante. Voyage en troupe, formée de membres sympathiques, car tous les médecins sont conviés à prendre part à cette excursion, ainsi que leurs femmes et leurs familles. Transports à prix réduits, la Société se déclarant assurée d'obtenir des tempéraments des compagnies de chemin de fer. Visites et excursions non pas seulement agréables, mais instructives et fructueuses, car elles se feront sous la direction et avec le concours des médecins des stations visitées et d'un des représentants les plus autorisés de la science hydrologique actuelle, M. le Dr Labat. Voilà bien des conditions pour séduire, et nous prévoyons

un succès. Compliments à la Société française d'hygiène, et... en avant pour l'Auvergne !

D[r] ALTER.

(*Revue de Thérapeutique.*)

NOUVELLES

Bureau central de chirurgie.

La lettre de réclamation de MM. les Candidats au Bureau central de chirurgie, que nous avons publiée, a reçu les adhésions suivantes.

Lettre de M. le professeur VERNEUIL.

. . . .

Les chirurgiens des hôpitaux sont répartis en trois catégories : les chirurgiens titulaires ; les chirurgiens du bureau central en exercice ; les chirurgiens du Bureau central en disponibilité.

Que tous jouissent en paix de leur position acquise par le concours, rien de mieux ; mais à la condition qu'ils se contentent de ce que le concours leur a promis et leur a donné.

A la limite d'âge, les chirurgiens titulaires doivent se retirer ; après cinq ans d'exercice, les chirurgiens du Bureau central doivent se retirer et attendre. C'est le contrat. Or, si l'arrêté du 8 juillet ne lèse ni ne favorise les chirurgiens en exercice, il avantage en revanche les chirurgiens en disponibilité dont il prolonge le temps d'activité, et cela aux dépens d'une quatrième catégorie, sans existence légale, il est vrai, mais sans laquelle les trois autres cesseraient naturellement d'exister. Je veux parler des candidats ou concurrents qui sont aux chirurgiens arrivés ce que la pépinière est à la plantation.

Bref, l'arrêté du 8 juillet donne à ceux qui ont quelque chose et ôte à ceux qui n'ont rien encore. A mon sens, la mesure n'est pas juste, étant donné précisément le contrat en vigueur ; elle menace de compromettre sérieusement le solide recrutement des chirurgiens des hôpitaux en éloignant bon nombre de candidats. Enfin, elle ne paraît compenser ses inconvénients par aucun avantage bien évident.

Lettre de M. le professeur TRÉLAT.

. . . .

Il est certain que la diminution des places mises au concours portera atteinte au bon et large recrutement des chirurgiens des hôpitaux en diminuant le nombre des candidats. Ceux-ci font bien d'appeler sur ce point toute l'attention de l'Administration.

Ce n'est pas par des demi-mesures qu'on résoudra les difficultés actuelles. Ni le fractionnement des services, de façon à accroître de quelques unités le nombre des chirurgiens des hôpitaux, ni la diminution du nombre des chirurgiens du Bureau central, n'auront le caractère d'une solution et ce n'est certes pas ainsi que nous élèverons la puissance de notre chirurgie. Les difficultés sont d'un autre ordre et se résument en deux faits : à Paris, nous faisons mal l'apprentissage des futurs chirurgiens, et, d'autre part, nous utilisons mal les jeunes chirurgiens. Voilà ce qu'il faut corriger. Remanier les services de chirurgie de façon à n'avoir plus sous ce nom que des services disposés et outillés pour la chirurgie générale ou spéciale ; doter chaque service d'un chirurgien titulaire et d'un chirurgien en second, ou d'un assistant dont les fonctions dureraient obligatoirement quatre ou cinq ans, cela aurait pour résultat de doubler notre personnel chirurgical, de satisfaire aux besoins croissants de la chirurgie actuelle, d'augmenter l'activité et l'efficacité des divers services, de faire faire un noviciat utile aux jeunes chirurgiens ; enfin, et surtout, d'utiliser avec tous les avantages possibles ces jeunes chirurgiens qui attendent désespérément aujourd'hui un placement trop tardif.

Lettre de M. le professeur PANAS.

Les arguments en faveur d'un amendement à apporter à l'arrêté administratif du 8 juillet me paraissent pleinement fondés pour le recrutement régulier de nos futurs chirurgiens des hôpitaux.

C'est en me plaçant à ce point de vue de l'avenir des concours que je donne mon adhésion à la pétition qui m'a été soumise par MM. les candidats au Bureau central.

Lettre de M. le professeur GUYON.

Je soussigné, ai l'honneur de déclarer au Conseil de surveillance de l'Administration, que la mesure qui prolonge au delà de leur exercice les chirurgiens du Bureau central dans leur fonction, est contraire au bon recrutement de nos chefs de service futurs. Les candidats qui se préparent dans chaque génération pourront être écartés par de longs délais et il arrivera, ce qui déjà s'est produit, qu'à un moment donné les places seront plus nombreuses que les candidats *fortement* préparés. Le recrutement successif et régulier assuré par le roulement normal s'opposerait à ce grave inconvénient et les chirurgiens du Bureau central disponibles ne perdraient aucun de leurs droits au classement par ancienneté. Les suppléances, toujours difficiles pendant la période des vacances, seraient, en outre, beaucoup mieux assurées qu'elles ne le sont à l'heure actuelle, où l'on peut dire qu'elles sont notoirement insuffisantes.

Lettre de M. le professeur DUPLAY.

Invité par MM. les candidats au Bureau central de chirurgie à émettre mon opinion, relativement à la pétition qu'ils ont adressée au Conseil de surveillance de l'Assistance publique, je n'hésite pas à l'approuver entièrement et à la recommander à la bienveillance de MM. les membres du Conseil.

Lettre de M. TILLAUX.

J'estime que la réclamation faite par MM. les candidats au Bureau central est absolument justifiée.

Exposition d'Hygiène de l'enfance.

Le 15 juin s'ouvrira, au Pavillon de la Ville de Paris, une Exposition dont la nécessité garantit le grand succès : l'*Exposition d'Hygiène de l'Enfance*, préparée par les soins d'un comité de médecins, d'hygiénistes et publicistes distingués, ayant à leur tête MM. LOCKROY, MESUREUR, D[r] CHASSAING, D[r] Félix BRÉMOND, D[r] DEGOIX, D[r] E. MONIN, etc.

Le programme comprendra tout ce qui concerne l'éducation rationnelle et scientifique des enfants, notamment pendant la période du premier âge et de l'allaitement. Les mères de famille y trouveront, non seulement de quoi satisfaire leur légitime curiosité, mais encore toutes les données pratiques relatives à la prévention des maladies chez leurs chers bébés. C'est, pour elles, une occasion de s'instruire utilement et pour tous les Français, un moyen de préparer efficacement l'avenir de la patrie, subordonné à la qualité des générations actuelles. A l'étranger, des Expositions analogues ont eu le plus grand succès, la vogue la plus méritée.

Nous engageons (vu le nombre dès aujourd'hui très restreint des places à allouer aux exposants), nous engageons, au nom du comité, toutes les personnes qu'intéresse l'*Exposition d'Hygiène de l'Enfance*, à faire parvenir leurs demandes dans le plus bref délai, au siège des Commissions d'admissions, 27, rue Condorcet.

RUSSIE. — La question de l'existence ultérieure des cours de médecine pour les femmes va être résolue définitivement dans le sens affirmatif. Il avait été un moment question de donner à ces cours le nom de « Faculté de médecine pour les femmes » et de conférer aux étudiantes sortantes le droit au diplôme de médecin. Cette idée aurait été abandonnée pour diverses considérations, et on a résolu de se borner à l'institution de

simples cours de médecine pour les femmes, dont quatre devront être consacrés à des études théoriques et le cinquième à des travaux cliniques dans les hôpitaux.

BIBLIOGRAPHIE

Hygiène de l'enfant en nourrice et en sevrage.

Guide pratique de la femme qui nourrit, par M. le Dr E. Toussaint, inspecteur du service de protection des enfants du premier âge (1).

Il a semblé à l'auteur qu'à côté des innombrables écrits publiés dans ces derniers temps dans le but fort louable d'instruire les jeunes femmes de nos villes, de les initier aux mille soins réclamés par l'enfance, aux détails et aux difficultés de l'allaitement et du sevrage, il y avait place pour un livre moins érudit, plus terre à terre, s'adressant spécialement aux femmes de la campagne, aux épouses de nos paysans, à celles-là précisément à qui les gens des villes confient leurs enfants et qui, plus que toutes les autres mères de famille, ont besoin d'apprendre les lois de l'hygiène de l'enfance.

M. le docteur J. Lucas-Championnière, dans le *Journal de Médecine et de chirurgie pratique*, jugeait ainsi le livre de M. Toussaint:

« Voici un bon livre, surtout si l'on prend garde à son sous-titre. L'auteur annonce avoir voulu donner un guide aux femmes habituellement ignorantes, qui se chargeut d'élever les enfants. C'est là une tentative à encourager, d'autant mieux qu'il y a dans ce livre d'excellentes choses bien pratiques et qu'on peut le mettre avec grand avantage dans les mains auxquelles il est destiné ! Toutefois, je lui ferai pour ce cas ma critique. L'auteur n'a pas mis assez d'abnégation dans son rôle ; son livre n'est pas assez élémentaire pour cette destination; il a sagement critiqué des préjugés, mais il en a lui-même, et qui risquent de le compromettre absolument auprès des villageoises auxquelles il s'adresse. Je vais lui en citer quelques-uns !

« Il conseille des grands bains une et deux fois la semaine. Le bain continuel défendable dans une famille est impraticable chez une nourrice.

Il sera lu par des éleveuses de premier ordre qui n'en ont jamais donné.

Il déclare plus loin que le lait n'étant pas une boisson, il faut donner à boire aux nourrissons. C'est une assertion contestable. Cette pratique, mauvaise aux yeux de beaucoup de médecins, est ainsi recommandée à des gens qui neuf fois sur dix donneront de l'eau sale au nourrisson.

Il consacre une page tout entière à démontrer que le lait bouilli est indigeste. C'est là un préjugé, je lui montrerai des enfants superbes qui n'ont jamais connu que le lait bouilli et n'ont jamais eu de troubles digestifs. C'est la règle.

Un peu plus loin, il conseille à la nourrice d'avoir toujours un vomitif, tant d'enfants ayant été sauvés par le dit vomitif. Je crois qu'il pourrait aussi nous signaler des familles où l'on aggrave sans cesse la situation des enfants par ledit vomitif ; cela serait encore bien plus vrai.

Sur la question des hochets, il y aurait encore bien à dire, et sur d'autres encore.

Cela ne prouve pas que ce livre soit mauvais ; il a été fait dans d'excellentes intentions ; il contient beaucoup de bonnes choses bien pratiques. Mais je relève quelques imperfections parce que je ne connais pas de livre plus difficile à faire que celui-là. L'auteur est dans une excellente voie, on doit l'y encourager. Son livre peut rendre de réels services ; il n'a pas beaucoup de concurrents, et certainement il se perfectionnera dans l'avenir. »

A ces critiques, M. Toussaint répond :

« Ai-je vraiment été trop loin en conseillant de baigner une fois par semaine en hiver et deux fois en été les nourrissons ?

Y a-t-il réellement des éleveuses de *premier ordre* qui ne baignent jamais leurs enfants ? A mon idée, ces femmes-là ne sont pas propres, et alors elles ne sont pas des éleveuses de premier ordre.

Faut-il donner *à boire* aux enfants qui tètent, dans l'intervalle des tétées, de l'eau aromatisée de fleurs d'oranger ?

Cela me paraît une bonne pratique. Je visite de cinquante à soixante nourrissons tous les mois, tous ces enfants boivent, sur mes conseils, de l'eau sucrée quand ils ont soif, on leur donne généralement *de l'eau propre*.

Le lait bouilli est-il plus difficile à digérer que le lait simplement tiède ? Cela me paraît incontestable, parce qu'il est plus lourd, étant privé d'air.

Est-il bon que la nourrice ait chez elle un vomitif pour les cas urgents ?

Oui certainement, si elle demeure loin du pharmacien.

Pour les hochets, je repousse les hochets durs en os, en bois ou en ivoire, pour donner la préférence au hochet tout en caoutchouc.

C'est parce que j'ai expérimenté ce dernier, qui se rapproche beaucoup du bâton de guimauve élastique, étant mou et onctueux, quand on remplit sa tétine de pâte de guimauve ou de figue confite. »

Nous pensons que l'auteur répond assez victorieusement à plusieurs des critiques qui lui ont été faites. Mais il est un point sur lequel nous ne sommes pas de son avis. C'est la question du lait bouilli. Vu la fréquence de la transmission de la tuberculose, de la fièvre typhoïde et de certaines gastro-entérites par les germes pathogènes contenus dans le lait pur, ou additionné d'eau, nous considérerons toujours comme une mesure de prudence indispensable de faire bouillir le lait destiné à l'alimentation du premier âge.

Mais le livre de M. Toussaint se recommande par un grand nombre de qualités, et nous le considérons comme l'un des meilleurs, peut-être même le meilleur, qui ait été écrit sur ce sujet dans ce genre si difficile de la vulgarisation. »

(1) Un vol. in. 12, chez O. Doin, prix. 1 fr. 50

CORRESPONDANCE

Assainissement de Pierrefonds.

Pierrefonds, 28 mai 1887.

Monsieur et honoré confrère,

Nous trouvons, dans le *Concours médical* du 21 mai, le compte rendu de la séance du 13 de ce mois, dans laquelle le Dr Fernet a donné à la Société des hôpitaux la relation des cas de fièvre typhoïde dont sa famille a été atteinte. Mais M. Fernet a fait connaître en même temps à ses collègues les mesures prises à Pierrefonds pour prévenir le retour de pareils accidents. En effet, nous lui avions fait savoir que la ville s'est empressée d'acheter une source d'eau potable, abondante et pure, dont la canalisation est faite et qui va, dans quelques jours, être distribuée dans tous les quartiers.

Nous devons ajouter que le Dr Brouardel, président du Comité d'hygiène, officiellement informé, a fait connaître à la Société de médecine publique, dans la séance du 27 avril, le progrès accompli à Pierrefonds.

Nous vous serions très reconnaissants si le *Concours médical* voulait bien aussi en faire mention. Nous l'espérons, comptant sur votre esprit de justice et sur l'intérêt que vous portez certainement à notre station.

Veuillez agréer, monsieur et honoré confrère, l'expression de nos meilleurs sentiments.

Dr CONNÉTABLE. Dr E. BOURGAREL.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André, 3.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

AVIS

Sur l'assurance mutuelle en cas de maladie.

Nous appelons, d'une façon toute spéciale, l'attention de nos lecteurs sur le projet *d'Assurance mutuelle en cas de maladie,* relaté dans le présent numéro. Organiser ce genre d'assurance est une de nos plus sérieuses préoccupations. Après en avoir, à diverses reprises, présenté les éléments, dans le *journal*, nous avons laissé s'écouler quelques mois afin de voir l'accueil qui serait fait au projet de M. Lagoguey, qui ne vise que les Médecins de la Seine. Il diffère, en quelques points, de l'organisation Anglaise que nous lui avions fait connaître, à cette époque.

En ce moment, la *Société* de notre confrère est formée et approuvée. Nous regrettons son échec relatif. Malgré son zèle, si louable, il n'a pu réunir que peu d'adhérents (50 à 60). Nous espérons que le fonctionnement de l'œuvre en accroîtra promptement les participants.

L'Assurance contre la maladie et les accidents préconisée par le *Syndicat des Vallées de l'Aisne et de la Vesle* est simple, pratique. Sauf quelques détails à modifier, ces caractères de l'œuvre sont bien faits pour plaire à l'esprit français qui veut les organisations à la portée de tous. Nos confrères peuvent compter sur notre appui entier et sans aucune réserve. Le Directeur verrait avec plaisir le président du Syndicat se consacrer au projet et il fera tous ses efforts pour lui en faciliter l'accomplissement.

Les revenus du capital de la *Société du Concours Médical* sont destinés uniquement à des *Œuvres Médicales*. M. le Dr *Ancelet* peut recourir à son intervention en toute assurance ; nous croyons ne pas trop nous engager en lui faisant espérer l'appui unanime du *Conseil de Direction*.

A. C.

LA SEMAINE MÉDICALE

Tabes bénin (1).

M. *Babinski*. — Tout le monde sait que le pronostic du tabès est excessivement grave, bien des médecins doutent même de la possibilité de la guérison. Duchenne (de Boulogne) avait cependant indiqué que la rétrocession des symptômes était possible, mais sans apporter de preuves. Leyden, Hammond et d'autres ont prétendu que dans les cas d'ataxie réputée guérie, il y avait eu erreur de diagnostic et qu'il s'agissait simplement de neurasthénie.

M. Charcot soutient et enseigne que le tabès peut s'améliorer et même guérir, surtout dans les formes frustes. J'ai, en effet, plusieurs observations qui viennent à l'appui de cette manière de voir.

Un de ces malades, après avoir souffert pendant plus de 10 ans de douleurs fulgurantes atroces, qui

(1) Société de biologie. *Bulletin médical.*

pendant plusieurs années le mettaient 2 à 3 jours par semaine dans l'impossibilité absolue de se livrer à un travail quelconque, est aujourd'hui, depuis 5 ans environ, presque complètement guéri. Chez un autre malade, le tabes s'est manifesté par des douleurs fulgurantes très violentes, des plaques d'anesthésie, de l'incoordination motrice, de l'incontinence des urines et des matières fécales. L'affection a été en s'accentuant pendant 10 ans. Puis elle a rétrocédé petit à petit, et depuis 4 ans le malade est complètement guéri.

La troisième observation est la plus intéressante, parce que l'examen anatomique a pu être pratiqué. Il s'agit d'une femme chez laquelle le tabes a été caractérisé par une atrophie grise des nerfs optiques, par des accès de douleurs gastriques et par l'abolition des réflexes tendineux. Il n'y a jamais eu d'incoordination motrice. M. Charcot a présenté plusieurs fois cette malade dans ses leçons comme un exemple de forme fruste de tabes. Les douleurs ont duré 25 ans, puis ont complètement disparu. La malade est morte d'une pneumonie *adynamique* 5 ans après la cessation des douleurs. L'autopsie suivie d'examen microscopique a décélé la présence dans la moelle des lésions les plus nettes de l'ataxie locomotrice. Si l'on met de côté la cécité qui a été permanente, on peut dire que le tabes s'est terminé ici par guérison absolue.

M. Brown-Séquard. — Il est reconnu aujourd'hui que, dans certains cas, l'élongation des nerfs sciatiques a fait disparaître les symptômes tabétiques. Tous ces faits confirment, à mon sens, ce que j'ai toujours soutenu : à savoir que les lésions de l'ataxie, de même que toutes les lésions encéphaliques ou médullaires, déterminent leurs effets, non en détruisant ces parties, mais en agissant à distance sur d'autres parties saines, par une influence dynamique. Je suis heureux de voir que l'école de la Salpêtrière vient, avec sa haute compétence, à l'appui de cette doctrine.

M. *Chauveau*. — Dans les observations très intéressantes de M. Babinski, il n'a été question ni de l'étiologie, ni du traitement. Il serait intéressant d'avoir sur ces deux points quelques détails.

M. *Babinski*.— Dans un cas, les eaux de Lamalou ont été ordonnées ; dans le second, le malade, auquel on les conseilla, n'y alla qu'une seule fois, et je crois qu'en somme il n'y fit rien de sérieux. Ce n'est peut-être pas très étonnant. Il était médecin.

Divers membres. — Et il a guéri quand même !

M. *Babinski*. — Dans le troisième cas, la malade appartenant à la Salpêtrière, on lui appliqua le traitement habituel : les pointes de feu.

M. *Brown-Séquard*. — Il y a des cas assez nombreux cités par Vulpian et Charcot où l'amélioration a été manifeste, d'une façon temporaire ou permanente, et pour ma part, j'en ai vu plusieurs exemples. Je me rappelle celui d'un médecin anglais qui était ataxique avéré et, de plus, paraplégique et qu'on dut monter chez moi ; je lui ai recommandé un procédé assez particulier dont j'ai parlé dans un traité de thérapeutique déjà ancien, mais sur lequel je regrette de ne pas avoir insisté.

C'est Stokes, de Dublin, qui l'utilisa le premier il y a longtemps. Il part théoriquement de cette idée que, lorsqu'on veut attaquer dans la moelle un état morbide quelconque, le meilleur siège d'application de l'agent irritant, pointes de feu ou autre, c'est la peau des membres inférieurs et non du dos.

On comprend qu'en agissant ainsi sur une surface étendue, on a une action extrêmement puissante sur la moelle.

J'ai poussé la théorie un peu plus loin encore, et en 1861 déjà, à Londres, j'eus l'idée, dans l'épilepsie par exemple, ou dans les cas d'aura, d'appliquer des vésicatoires circulaires. J'ai très souvent obtenu par ce procédé d'excellents résultats. Dernièrement un de mes élèves constatait qu'appliquant ces vésicatoires circulaires dans les cas d'anesthésie hystérique, cette anesthésie disparaît et va de l'autre côté ; si on l'y poursuit, elle disparaît définitivement.

Pour en revenir au médecin anglais ataxique dont j'ai parlé, je lui recommandai ce procédé ; puis le malade partit pour Cannes. Au printemps il me revint, mais cette fois marchant tout seul et facilement. Le retour à la santé était considérable, et malgré la persistance de quelques symptômes peu gênants, il put reprendre sa pratique médicale à Londres. Je suis donc convaincu de la possibilité de la guérison de l'ataxie.

Paralysie douloureuse de la 7e paire (1),

Par M. Testaz, Paris, 1887.

Dans une communication à la Société médicale de Boston, Webber a appelé l'attention sur les douleurs que l'on observe fréquemment dans la paralysie faciale a frigore. En France, ces phénomènes douloureux ont passé à peu près inaperçus et sont à peine signalés par les auteurs.

M. Testaz montre que dans plus de la moitié des cas de paralysie de la 7e paire, il existe des troubles de la sensibilité consistant dans des douleurs irradiées le long des branches du facial. Précédant parfois de sept à huit jours l'apparition de la paralysie, ces douleurs indiquent une inflammation, une névrite du facial, névrite prouvée d'ailleurs dans un certain nombre de cas par les éruptions de zona et les contractures qui accompagnent ou suivent les troubles paralytiques.

L'explication de ces douleurs mérite d'être retenue : Claude Bernard, Arloing et Tripier ont prouvé qu'il existe dans le facial une sensibilité très nette, due d'une part à l'anastomose du pneumogastrique, d'autre part aux filets récurrents du trijumeau. Ces filets sont atteints comme les filets propres du facial dans la névrite du nerf et expliquent les phénomènes douloureux, d'un pronostic fâcheux, puisqu'ils peuvent annoncer l'apparition de contractures post-paralytiques fort gênantes.

(1) *Bulletin Médical*.

Traitement de l'Obésité.

Notre distingué confrère, le Dr Le Menant des Chesnais (de Ville-d'Avray), qui a publié dans nos colonnes des observations intéressantes de guérison de l'obésité par la diète lactée réduite, serait heureux de savoir si quelques-uns des lecteurs ont mis en pratique la méthode qu'il préconise et quels résultats ils ont obtenus.

Nous pouvons dire à l'appui de sa manière de voir que nous connaissons de beaux succès obtenus par notre maître, M. le professeur Bouchard, à l'aide d'une méthode très analogue, l'alimentation réduite ayant pour base le lait et les œufs (4 fois par jour, c. à. d. de 4 en 4 heures, 2 œufs à la coque peu cuits sans pain et 250 grammes de lait).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 juin

M. le professeur A. *Bouchard* (de Bordeaux) lit une note sur la *conservation des cadavres* par une injection dont voici la formule.

Borate de soude hydratée.... 10 kilogr.
Glycérine à 30° Baumé..... 17 —

Il faut réduire le borate en poudre très fine, puis le mettre dans une bassine en versant peu à peu la glycérine pour faire un mélange intime ; on fait chauffer ce mélange jusque vers 80°. Il faut ensuite mettre une proportion d'alcool suffisante pour que ce mélange soit fluide. M. Bouchard ajoute que depuis qu'on se sert de ce mélange à Bordeaux, aucune piqûre anatomique dangereuse n'a été constatée ; jamais les étudiants n'ont présenté ces accidents gastro-intestinaux si fréquents d'ordinaire dans les amphithéâtres de dissection.

M. *Pigorreau* (de Ste-Affrique) propose de substituer pour la *clarification des vins* le phosphate bibasique de chaux aux procédés ordinaires de plâtrage.

M. A. *Fournier* lit la première partie d'un remarquable rapport sur la *prophylaxie de la syphilis*, sur lequel nous reviendrons ultérieurement.

Élection. — M. A. *Robin*, professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux, est élu membre titulaire dans la section de physique et chimie médicales. Le choix de l'Académie est excellent ; tout le monde connait les travaux de chimie médicale et notamment d'urologie clinique du nouvel académicien.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 6 juin.

M. Hervé-Mangon a été élu vice-président en remplacement de M. Joussen, devenu président par la mort de M. Gosselin.

M. *Trélat* lit une note intitulée : *Nature et valeur des progrès récents dans les amputations des membres*.

MÉDECINE PRATIQUE

Grippe et pneumonie. — Maladie pneumococcique. — Pleurésie, péricardite, endocardite et méningite à pneumocoques.

M. le docteur P. Ménétrier a consacré un mémoire intéressant à l'étude de la double épidémie de grippe et de pneumonies qui a marqué l'année 1886 et qui, au point de vue des pneumonies, du moins, n'a pas encore cessé d'affecter la constitution médicale. Ce sont des pneumonies qui nous ont enlevé Béclard et Vulpian ; c'est une pneumonie qui a mis récemment en danger les jours de M. Verneuil.

Il semble, dit M. Ménétrier, que ces deux maladies, de nature probablement différente — la grippe est peut-être une affection miasmatique (Graves, Jaccoud, Biermer) ; la pneumonie est rarement de nature microbienne — présentent de remarquables affinités ; l'une et l'autre s'accompagnent le plus souvent, au moins dans leurs formes épidémiques ; les épidémies de pneumonies graves surviennent souvent au cours d'épidémies catarrhales et les épidémies de grippe se sont presque toujours compliquées de pneumonies. Cette assertion est parfaitement justifiée par l'histoire des épidémies de grippe dont les relations nous ont été conservées depuis 1557 jusqu'en 1875.

L'association de la grippe et de la pneumonie s'explique facilement pour certains auteurs qui admettent que la pneumonie peut être une manifestation de la grippe, que celle-ci peut déterminer, entre autres localisations, une hépatisation pulmonaire (Landouzy, Piorry, H. Gouraud, plus récemment Lombard (de Louvain) et Malcorps). Malcorps attribue même à la pneumonie grippale certains caractères spéciaux : absence du point de côté initial, dyspnée intense et disproportionnée avec l'étendue des tissus envahis, absence de râles crépitants, de souffle bronchique et de bronchophonie, localisation de l'hyperhémie grippale au sommet des poumons. M. Ménétrier n'a jamais constaté une symptomatologie si particulière. M. G. Sée pense qu'on peut expliquer de deux façons les pneumonies fibrineuses lobaires qui sont observées dans le cours de la grippe. « Ou bien le microbe de la grippe (mais la nature microbienne de la grippe n'est pas démontrée) peut, par lui-même, produire une pneumonie semblable à celle du microbe elliptique ; ou bien il y a pénétration secondaire et adjonction de ce microbe à l'agent spécifique de la maladie première. » M. Ménétrier adopte cette dernière hypothèse. En effet, dit-il, d'une part l'étude des épidémies antérieures nous montre que lorsque la pneumonie est venue se mêler à la grippe, elle ne survenait pas seulement à titre de complication, mais qu'elle apparaissait aussi primitivement chez d'autres sujets, constituant une épidémie concomitante, et d'autre part dans les pneumonies grippales de 1886, la présence du parasite de la pneumonie franche a été constatée non seulement dans les produits d'expectoration, mais après la mort dans le tissu pulmonaire hépatisé ou dans le sang du malade pendant la vie. On doit donc conclure, que, dans ce cas, grippe et pneumonie sont bien deux affections distinctes, indépendantes, quoique présentant de grandes affinités l'une avec l'autre. L'une semble prédisposer à l'autre, et toutes deux paraissent favorisées par les mêmes causes, d'ail-

leurs bien obscures, et que dans notre ignorance nous continuons à désigner sous le nom de constitutions médicales. Ce qu'on peut dire, c'est que dans les premiers mois de 1886, la pneumonie était la maladie dominante; toute la constitution médicale semblait ressentir l'influence de la diffusion épidémique de son parasite, le pneumocoque. Celui-ci ne déterminait pas seulement des hépatisations pulmonaires, mais aussi des broncho-pneumonies, des pleurésies, des péricardites, des endocardites, des méningites, même sans pneumonie concomitante.

I

Pneumonies grippales.

M. Ménétrier étudie donc, sous le nom de pneumonies grippales, celles qui ont accompagné ou suivi la grippe, le qualificatif n'étant point une affirmation de la nature grippale de ces pneumonies, mais devant seulement rappeler les modalités symptomatiques des pneumonies survenues sur un terrain déjà préparé par la grippe. Le peu d'éclat du début, la latence des principaux symptômes, l'irrégularité de l'évolution, la fréquence des cas mortels ou la lenteur de la convalescence, telle a été la formule nosographique de ces pneumonies grippales ; mais il faut reconnaître qu'elle est applicable à beaucoup d'autres pneumonies qui ont été observées à la même époque chez des sujets indemnes de grippe. La pneumonie survenait quelquefois dès les premiers jours de la grippe, plus souvent du dixième au quinzième jour ou plus tard même.

Le frisson initial unique était exceptionnel, on notait de petits frissonnements répétés pendant plusieurs jours. Point de côté nul ou faible. Epistaxis fréquents.

Le début était assez insidieux pour que beaucoup de malades aient pu ne s'aliter qu'au cinquième, sixième ou huitième jour de leur pneumonie.

Les signes physiques se sont rarement montrés au complet ; les râles crépitants étaient exceptionnels, le souffle, absent ou rappelant plutôt le souffle aigu de la pleurésie ou de la congestion que le souffle grave et tubaire de l'hépatisation.

Les crachats ont été rarement rouillés ; on les a vus plus souvent plus au moins striés de sang, muqueux ou visqueux, puis muco-purulents.

Le faciès des malades était celui des maladies infectieuses adynamiques, le visage pâle, les yeux excavés, les lèvres bleuâtres. On a encore relevé l'intensité de la dyspnée, la petitesse du pouls, l'intensité de l'état saburral avec vomissements et teinte subictérique, la rareté de l'herpès labial, la fréquence de l'albuminurie.

La défervescence était tardive dans les cas favorables, souvent la résolution des signes locaux ne se produisait que longtemps après. On a noté des rechutes, parfois une marche serpigineuse et migratrice.

Dans les cas à terminaison fatale, la mort est survenue quelquefois le 3e jour, le 5e ou le 9e ou plus tardivement, par suite d'autres déterminations viscérales, endocardite végétante, méningite fibrineuse.

Mais le symptôme sur lequel il importe d'insister, c'est *l'extrême irrégularité de la courbe thermique*, tantôt franchement intermittente ou rémittente à grandes oscillations, tantôt simplement irrégulière sans aucun type défini. On sait que l'irrégularité des courbes thermiques est une des caractéristiques de la grippe (Jaccoud). Ce symptôme n'a pas été rencontré dans les autres pneumonies anormales de la même épidémie, quand elles n'accompagnaient pas la grippe.

Parmi les autres particularités notées à propos des pneumonies grippales de 1886, notons un fait de M. Cornil. Une amygdalite survint au cours d'une pleuro-pneumonie mortelle ; l'examen microscopique permit de constater la présence de pneumocoques en grand nombre dans le pus des cryptes amygdaliennes.

Bien que des pneumonies grippales aient été accompagnées de troubles gastro-intestinaux accentués, état saburral, vomissements, diarrhée, subictère, on n'a pas vu ces pneumonies bilieuses si bien décrites par Stoll dans l'épidémie de grippe de 1776.

II

L'infection pneumococcique.

En dehors de l'influence de la grippe, les pneumonies de 1886 ont été pour la plupart des pneumonies anormales, non seulement par leurs symptômes et leur évolution, mais surtout par les multiples localisations de la maladie.

En temps ordinaire, la pneumonie paraît être uniquement une maladie du poumon, tous les symptômes pouvant se rattacher à l'inflammation de cet organe et les lésions cadavériques n'intéressant que son parenchyme, de manière à légitimer dans une certaine mesure l'opinion ancienne qui faisait de cette maladie le type des inflammations franches.

Il est vrai que toujours la doctrine de la fièvre pneumonique avait conservé des défenseurs à Montpellier, même à Paris, dans Cayol et Marrotte, et en Allemagne, avec Traube. L'existence des formes typhoïdes infectieuses obligeait les partisans de la pneumonie-inflammation locale à invoquer, pour expliquer ces formes, l'asthénie particulière de certains malades, ou à admettre deux espèces distinctes de pneumonie, l'une franche, inflammatoire, l'autre infectieuse. Aujourd'hui, les travaux de Eberth, Koch, Friedlander, Talamon, Frankel ayant établi la nature parasitaire de la pneumonie, les pathologistes admettent que toutes les formes ne sont que des variétés symptomatiques d'une même intoxication. Jaccoud, Sée, Cornil affirment l'unité de la pneumonie.

Les pneumonies de 1886 ont affecté le plus souvent les allures infectieuses. Dans plusieurs cas la contagion a été indéniable. Une femme soignait son fils atteint de pneumonie ; trois jours après elle est prise du frisson initial (Marfan.)

Le mari, la femme, la domestique habitant ensemble sont pris tour à tour de pneumonie. Le premier tombe malade le 15 et mourt le 17. Le jour même la femme le matin, la domestique le soir, sont atteintes. La première meurt le 20, la seconde guérit après un délire d'une violence et d'une durée insolites (Vauthier.)

Dans beaucoup de services hospitaliers, de petits foyers intérieurs se sont déclarés. Des malades en traitement depuis longtemps pour d'autres maladies, sans communication avec le dehors, sans refroidissement, étaient soudain pris de pneumonie, quelque temps après que des pneumoniques venus du dehors étaient entrés dans les salles, et souvent c'étaient les malades des lits contigus qui étaient atteints. (Lancereaux et Besançon. (*Arch. de méd.* 1886.)

Mais ce qui doit particulièrement fixer l'attention, c'est l'existence de pneumonies avec localisations extra-pulmonaires de la maladie, et celles de localisations extra-pulmonaires de la maladie pneumococcique sans pneumonie.

III

Il est très fréquent de rencontrer une *pleurésie* associée à une pneumonie. Cette coïncidence, expliquée jadis par la propagation de l'inflammation par contiguïté, paraît plutôt devoir être attribuée à l'infection générale par les pneumocoques, puisque M. Cornil a observé des cas où c'était la plèvre du côté opposé à la pneumonie qui était atteinte. Ces pleurésies consistent habituellement en fausses membranes fibrineuses ; quelquefois l'épanchement pleural est cependant assez abondant pour modifier ou même masquer les signes physiques de la pneumonie. Dans un cas, M. Netter a constaté à l'autopsie des pneumocoques dans l'exsudat pleural aussi bien que dans le suc pulmonaire et dans le sang pendant la vie.

Le *péricarde* est, par ordre de fréquence, l'organe le plus souvent lésé au cours des pneumonies. Seulement, cette localisation morbide passe souvent inaperçue. C'est l'autopsie qui révèle des concrétions fibrineuses plus ou moins étendues, tapissant même toute la séreuse. M. Cornil a fait remarquer que ce ne sont pas d'ailleurs les lésions les plus accentuées qui donnent naissance aux signes physiques les plus nets. Les rapports des lésions avec la paroi antérieure de la poitrine, seul point accessible à l'investigation stéthoscopique, dominent la symptomatologie ; un état simplement rugueux ou dépoli de la séreuse en ce point produira des symptômes révélateurs très intenses ; une lésion beaucoup plus étendue ou un épanchement enkysté en arrière du cœur seront très facilement méconnus. Ici, comme en tant d'autres circonstances, la péricardite demeure l'affection insidieuse qu'on ne trouve que si on la cherche et qui échappe même quelquefois aux investigations les plus minutieuses. Il serait cependant bien utile de la déceler toujours ; car c'est une complication qui, en accroissant l'asthénie cardiaque déjà si accentuée dans beaucoup de pneumonies, peut être l'agent principal d'une terminaison mortelle. Des pneumocoques ont été trouvés dans l'exsudat de ces péricardites accompagnant une pneumonie.

Voici maintenant deux localisations du plus haut intérêt : la méningite fibrineuse et l'endocardite végétante, compagnes de la pneumonie (*méningite pneumonique, endocardite pneumonique*).

Les théories, dit M. Netter dans un remarquable mémoire (1), n'ont pas manqué pour expliquer l'apparition de la méningite dans la pneumonie. En 1873, M. Verneuil invoquait la stase veineuse que produisait dans l'encéphale la gêne de la circulation pulmonaire ; mais la complication méningitique n'est pas plus fréquente, la statistique le prouve, dans les pneumonies doubles où la stase doit être plus notable. Le même auteur, comme M. Laveran, aurait admis volontiers une influence réflexe s'exerçant par la voie du sympathique; c'est ainsi que M. Lépine avait expliqué les faits signalés par lui d'hémiplégie pneumonique sans lésion cérébrale. Mais, si M. Goujon a pu déterminer expérimentalement dans un petit nombre de cas la méningite chez des lapins et des chiens bien portants à la suite de la ligature du sympathique cervical, M. Netter n'a vu, dans aucun cas, la section d'un ou des deux cordons sympathiques produire l'altération inflammatoire des méninges chez des lapins auxquels il avait préalablement donné la pneumonie, se rapprochant ainsi beaucoup plus des conditions génératrices de la méningite pneumonique de l'homme. MM. Lancereaux et Petit ont expliqué la méningite par des *embolies* parties du cœur dans les cas où on trouvait à la fois la pneumonie, une endocardite végétante et une méningite. Mais l'endocardite végétante manque dans plus des deux tiers des cas de méningite pneumonique. Enfin, Grisolle croyait la méningite pneumonique toujours liée à la suppuration du poumon ; c'était pour lui une manifestation de la résorption du pus, une méningite *pyohémique*, opinion reprise récemment par M. Salvy sous l'inspiration de M. Duguet. Mais la pyohémie, qui peut se manifester par des abcès métastatiques dans le cerveau, ne produit pas, comme dans les cas que nous avons en vue, la méningite à exsudat fibrineux. Si donc, dans un certain nombre de cas, on a vu une méningite pyohémique succéder à une pneumonie suppurée — et l'on trouve alors dans le pus de la méningite les microbes ordinaires de la suppuration (méningite à streptocoques), — la cause habituelle de la méningite pneumonique est l'activité du microbe même de la pneumonie, du pneumocoque.

Ce n'est pas ici le lieu de rapporter la série des découvertes relatives au microbe pathogène de la pneumonie, auxquelles sont attachés les noms de Klebs, Eberth, Koch, Friedlaender, Talamon, en dernier lieu de Fraenkel, Sternberg, Wechselbaum et Netter. Bien que les descriptions de ces divers auteurs diffèrent sur beaucoup de points, il est incontestable que les plus récentes sont parfaitement concordantes sur les points principaux. Le parasite décrit par Friedlaender n'est pas spécifique ; il convient, au contraire, de considérer comme tel celui de Fraenkel, elliptique, encapsulé, qui est bien le même que le coccus lancéolé de Talamon, et le micrococque ovoïde de Wechselbaum. C'est lui qu'on trouve dans les exsudats pneumoniques, dans ceux des péricardites, des méningites, etc., que nous avons décrites plus haut.

Les expériences récentes de Netter ont confirmé l'allégation de Fraenkel et Sternberg relativement à l'existence dans la salive de certains sujets bien portants d'un microbe identique à celui des exsudats pneumoniques (1). C'est ce même microbe que Sternberg dénomma micrococcus Pastorianus, pour rappeler que Pasteur l'avait déjà rencontré dans la salive d'un enfant enragé. M. Ménétrier résume ainsi les caractères morphologiques et biologiques du pneumocoque.

« Le pneumocoque, recherché dans les produits pneumoniques, et coloré (au violet de méthyle par exemple) sur des lamelles où l'on a étalé et desséché une mince couche d'exsudat, se montre un coccus ovoïde, effilé à ses deux extrémités, et généralement groupé deux par deux. Il est entouré d'une capsule, qui n'est pas une simple apparence due à la dessiccation, mais dont la réalité est nettement prouvée par la propriété qu'elle possède de se colorer, quand elle est traitée par les réactifs convenables. Ce résultat est obtenu soit en colorant dans un milieu acide, soit en plaçant les lamelles déjà colorées dans une solution faiblement acide, comme de l'eau renfermant 1/50 d'acide acétique.

Examiné dans les coupes, le parasite se présente avec le même aspect, seulement la capsule n'est généralement pas visible.

(1) De la méningite due au pneumocoque (*Archives générales de médecine*, 1887).

(1) Voir *Concours médical* n° 20, page 229, 1887.

Le pneumocoque se cultive sur la gélatine additionnée d'agar-agar, dans le sérum, dans le bouillon de lapin, etc., et seulement à la température d'étuve (au-dessus de 32°).

Son évolution dans les cultures est courte, de cinq jours en moyenne.

Inoculé aux animaux, il s'est montré actif chez le lapin, la souris, plus rarement chez le cobaye, quelquefois chez le rat.

Il peut déterminer, soit une infection générale, l'animal meurt au bout de 24 heures en moyenne, et l'on retrouve les parasites dans le sang en nombre immense. Le sang présente une couleur sépia, l'aspect classique du sang dissous.

Si la survie est plus longue, on observe des pneumonies fibrineuses, des pleurésies, des péricardites, des péritonites de même nature. L'on peut même, en variant les conditions de l'expérience, obtenir telle ou telle localisation que l'on désire. C'est ainsi que chez un animal inoculé, en blessant l'endocarde par l'introduction d'un stylet jusque dans le cœur au moyen d'une plaie de la carotide, M. Netter a pu déterminer des endocardites végétantes à pneumocoques ; en lésant la surface du cerveau, une méningite fibrino-purulente renfermant le même parasite.

Chez l'homme, le pneumocoque a été rencontré dans les produits pneumoniques, tels que : suc des portions hépatisées, bouchons fibrineux des bronches ; dans les ganglions lymphatiques du hile ; dans les inflammations fibrineuses des séreuses pleurale, péricardique, méningée, dans les végétations de l'endocardite, et dans deux cas, il a pu être démontré dans le sang, recueilli durant la vie.

Il s'est trouvé, dans un grand nombre de cas, associé à des microbes de la suppuration, streptocoques ou staphylocoques. Les microbes de la suppuration paraissent alors se développer par une infection secondaire, entée sur la première, et qui, généralement locale, bornée au poumon hépatisé, peut parfois, ainsi que l'a montré M. Jaccoud, aboutir à une infection générale, à la pyohémie. »

La méningite pneumonique peut ne se révéler cliniquement que d'une façon très imparfaite sous forme de coma venant terminer l'évolution d'une pneumonie. Mais elle peut revêtir la forme d'une apoplexie subite ; tantôt les symptômes simulent complètement une lésion cérébrale en foyer ou la production d'une embolie cérébrale (hémiplégie, aphasie). D'autres fois elle se manifeste par un délire intense et bruyant.

L'endocardite végétante a été assez souvent rencontrée associée à la pneumonie, dissimulée par les symptômes de celle-ci ou ne se manifestant qu'après la résolution de la pneumonie. La nature pneumonique de telles endocardites est attestée par la constatation des pneumocoques dans les végétations qui recouvrent les valvules ; par l'inoculation de fragments de ces végétations à divers animaux, chez lesquels apparaît alors une maladie transmissible elle-même par inoculation et identique à celle que détermine l'inoculation du suc pneumonique et des cultures de pneumocoques.

La production de l'endocardite et de la méningite au cours de la pneumonie s'explique facilement, puisqu'on a trouvé des pneumocoques en circulation dans le sang des pneumoniques. Au cours de l'interminable discussion académique sur les microzymas, M. Cornil a parfaitement expliqué comment la localisation de l'agent pathogène en circulation s'opère sur les points de l'organisme soumis à une irritation habituelle par fonctionnement continu, comme les appareils valvulaires, ou rendus de moindre résistance aux agents morbides par une inflammation antérieure. On sait combien il est fréquent de voir l'endocardite végétante se greffer sur une ancienne endocardite rhumatismale, et l'on a remarqué que la méningite pneumonique survenait de préférence chez des individus ayant eu quelque ancienne lésion cérébrale. Ce sont là des propositions de pathologie générale non seulement en accord avec les faits, mais aussi très satisfaisantes pour l'esprit.

A titre exceptionnel, on a cité des pneumonies qui parmi d'autres localisations pneumococciques ont été accompagnées d'une *péritonite avec pneumocoques* constatés dans l'exsudat péritonéal.

S'il fallait un dernier argument pour entraîner la conviction relativement à la conception de la pneumonie envisagée comme maladie infectieuse générale, on pourrait invoquer les observations incontestables de *localisations extra-pulmonaires de la maladie pneumococcique*, SANS PNEUMONIE. En temps d'épidémie pneumonique chez des individus qui n'ont point présenté de lésion pulmonaire, MM. Jaccoud, Netter, Lancereaux ont observé « des pleurésies, des péricardites, des méningites fibrineuses, à évolution fébrile rapide, rappelant assez bien la marche cyclique de la pneumonie et dans lesquelles l'examen microscopique a démontré l'existence du pneumocoque, la nature du parasite ayant pu en outre être prouvée par l'inoculation aux animaux et par la culture » (Ménétrier).

IV

Traitement.

Il faut bien avouer que la conception contemporaine de la nature primitivement infectieuse et générale de la pneumonie n'est pas faite pour encourager la thérapeutique.

Trouvera-t-on quelque jour un microbicide spécifique contre le pneumocoque, aussi efficace que paraît l'être la quinine contre le bacille typhique ? C'est le secret de l'avenir.

Les tentatives d'antisepsie locale par injection dans le parenchyme pulmonaire qui ont été faites par M. Lépine et que nous avons fait connaître à leur date ne peuvent qu'être encouragées. Encore est-il que si le pneumocoque infecte primitivement ou simultanément des points de l'organisme autres que le poumon, à quoi serviront les injections intra-pulmonaires ? C'est dans le sang même de la circulation générale qu'il faudrait introduire le médicament parasiticide, et l'antisepsie du milieu intérieur est un problème encore plein d'inconnues. Jusqu'à ce jour, M. Jaccoud a donc conservé le droit d'enseigner que « la pneumonie, maladie à cycle défini comme la variole et la rougeole, ne présente aucune indication thérapeutique causale ou pathogénique et que l'évolution naturelle de la lésion ne peut être abrégée d'une heure ».

Le traitement symptomatique reste donc notre seule ressource. Faire que le malade survive à sa maladie, en stimulant tout ce qui lui reste d'énergie nerveuse, combattre telle ou telle localisation congestive ou inflammatoire, calmer telle manifestation douloureuse, voilà l'objectif. Alcool, vin, café, injections sous-cutanées d'éther, de caféine, inhalations d'oxygène, le lait comme aliment, voilà les principaux moyens dont nous disposons. Les ventouses sèches réitérées, la sinapisation sont à peu près les seuls révulsifs à conseiller.

Quelques ventouses scarifiées contre le point de côté initial donnent généralement du soulagement. Mais l'expérience n'a pas justifié la confiance qu'on a eue jadis dans le vésicatoire. Celui-ci, qui rend tant de services, pensons-nous, dans certaines broncho-pneumonies, où l'élément congestif domine, paraît insuffisant à modifier l'hépatisation pneumonique.

La saignée est toujours contre-indiquée, sauf en un cas, celui, où chez un sujet robuste, pléthorique, l'asphyxie est imminente. Elle a donné alors, sinon le salut, du moins une survie d'une durée variable.

On aurait pu penser que l'efficacité démontrée de la quinine contre certaines grippes serait aussi réelle contre les pneumonies développées en même temps que la grippe ou après elle. Or, M. Jaccoud a constaté à maintes reprises l'impuissance de la quinine, même à dose élevée, à modifier la marche des symptômes de la pneumonie et même à abaisser utilement la température. Même impuissance de l'acide salicylique.

Le tartre stibié, par son action dépressive, ne peut que nuire dans la plupart des cas. On l'a donné cependant pour empêcher une péricardite sèche de se compliquer d'épanchement, sans que le résultat final ait été plus satisfaisant. La digitale, opposée à l'arythmie et à l'affaiblissement du cœur, n'a pas donné d'autre résultat qu'une régularisation momentanée de cet organe. P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le secret professionnel.

La Cour d'assises de la Seine jugeait dernièrement un cas de tentative d'avortement. Une fille-mère, une sage-femme de Puteaux, et une autre femme qui avait servi d'intermédiaire, étaient toutes trois déférées au jury.

Un médecin de Nogent-sur-Marne avait été appelé pour soigner la principale accusée, et rien dans l'examen de la malade ne lui avait permis de croire à des manœuvres abortives, lorsque la jeune fille lui en fit elle-même la confidence, mais cette confidence était faite au médecin seul, comme notre confrère l'a reconnu lui-même.

Cette jeune fille était domestique chez un M. Kels, et, devant le juge d'instruction, ce dernier a déclaré qu'il avait été immédiatement mis au courant de tout par le médecin, et il a ajouté : « En me « faisant cette confidence, le docteur me fit observer « que je ferais bien d'en prévenir la justice, car il « lui était bien difficile, comme médecin, de révéler « des faits de cette nature. »

Devant la Cour, le médecin explique ainsi sa conduite : « D'après la jurisprudence courante, j'étais » décidé à me taire, lorsque je fus appelé par le » maire de Nogent comme médecin de l'Etat-Civil, » et alors, me trouvant complètement dégagé par la » mission qui m'était dévolue, j'ai cru devoir révéler » les faits ».

Le docteur a déclaré bien haut qu'il avait agi selon les règles de l'honneur, qu'il avait pour lui sa conscience, et le Président de la Cour l'a presque félicité d'être venu si franchement à l'aide de la justice

L'un des avocats a appuyé cet éloge du Président, mais les deux autres défenseurs, M[es] Crochard et Thayot, ont déclaré ne pas admettre cette façon de comprendre et de pratiquer le secret professionnel. Et ils avaient mille fois raison !

Le médecin a eu tort de révéler à un tiers ce qui lui avait été dit confidentiellement de malade à médecin. Il a eu tort de croire que son appel comme médecin de l'Etat-Civil le dégageait de l'obligation du secret professionnel ; il devait se récuser, comme médecin de l'Etat-Civil, en invoquant précisément cette obligation du secret professionnel.

L'erreur d'interprétation est si évidente, si grossière, qu'il est inutile d'insister. Ce fait est absolument regrettable, et il est regrettable surtout qu'il ait obtenu l'acquiescement d'un magistrat.

(*Journal de Médecine de Paris.*)

Le secret médical et les administrations (1).

Monsieur le Rédacteur,

Permettez-moi de vous adresser quelques lignes pour vous signaler le cas que font certaines administrations des lois qui prescrivent aux médecins le secret médical.

Un employé subalterne des postes souffrant d'hémorrhoïdes enflammées se voit contraint de suspendre son service.

Il me fait appeler ; la prescription faite, je lui délivre, pour être transmis à son chef, un certificat attestant qu'il est atteint d'une maladie qui lui interdit tout travail actif pendant quelques jours.

Le lendemain le Directeur me fait savoir qu'il lui faut *absolument le nom de la maladie*, faute de quoi, le malade sera porté comme illégalement absent.

Je vais moi-même expliquer à ce monsieur que la loi nous interdit d'écrire, sur un papier qui passe dans plusieurs mains, le nom des maladies dont souffrent nos clients, qu'il doit croire ce que j'atteste dès lors que j'affirme que la maladie traitée ne provient pas de la faute du malade, rien n'y fait.

Bref, pour ne pas nuire à mon malade, j'écris : *douleurs intestinales*.

Vous voyez, monsieur le Rédacteur, la façon détournée dont s'y prennent ces messieurs pour nous contraindre à tourner la loi.

Il est vrai que monsieur le Directeur me disait : Mettez telle maladie qu'il vous plaira, cela importe peu.

— Au contraire, répondis-je, cela importe beaucoup, car si je vous croyais, je ferais un faux certificat, ce que je ne veux pas.

Veuillez agréer, etc.

D[r] Mauvais-Chadaigne,
à La Flèche (Sarthe).

Assistance publique.

L'administration de l'Assistance publique vient de décider qu'il ne serait plus accordé de congés à Messieurs les internes des hôpitaux pendant l'absence de leurs chefs de service. Les élèves internes ne seront autorisés, sauf le cas de force majeure, à s'absenter qu'avant le départ ou après le retour de ceux de MM. les médecins ou chirurgiens aux services desquels ils sont attachés.

En même temps M. le directeur de l'Assistance publique a fait appel au dévouement de MM. les membre du corps médical des hôpitaux, pour qu'ils veuillent bien restreindre autant que possible la durée de leurs congés, et les échelonner de façon qu'un tiers au moins des médecins et chirurgiens, attachés à chaque hôpital, soient toujours présents.

(1) *Journal de médecine de Paris.*

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat des Vallées de l'Aisne et de la Vesle

Projet de création d'une caisse de secours contre la maladie et les accidents.

5e *année*. — 19e *séance*.

Le 21 avril 1887, les membres du Syndicat se sont réunis à Braisne (Restaurant Léger).

Après un déjeuner confraternel, la séance a été ouverte à dix heures, sous la présidence de M. Ancelet (président).

Etaient présents :

MM. Dulieu, de Longueval, *président honoraire*.
Ancelet, de Vailly, *président*.
Bracou, de Vailly, *vice-président*.
Léeuyer, de Beaurieux, *secrétaire-trésorier*.
Gaillard, d'Hartennes.
Deligny, de Fère-en-Tardenois.
Faille, de Fismes.
de Châteaubourg, de Braisne.
Bourg, de Coincy-l'Abbaye.
Manichon d'Oulchy-le-Château.
Henrionnet (de Braisne).

Se sont excusés au dernier moment : MM. *Dupuy* (de Vervins), président de l'Union des syndicats, Voimant (de Soissons), Dupré (de Longueval), et Godart (de Fismes). Ce dernier est retenu chez lui par la maladie ; le Syndicat charge le secrétaire de lui porter de la part de ses collègues les vœux unanimes de prompt rétablissement.

§

Le président expose que depuis la dernière séance, notre excellent confrère *Wimy* est mort chez son père, médecin à *Pierrepont*, et membre honoraire de notre syndicat ; que beaucoup de confrères des environs étaient présents à son enterrement ; que le syndicat était représenté par Dulieu, Léeuyer et lui ; que le secrétaire prié par la famille et par le bureau du syndicat a bien voulu prononcer quelques mots d'adieu sur sa tombe, qui ont été universellement approuvés.

En conséquence, il donne la parole au secrétaire pour la lecture de son discours.

Messieurs,

Vous savez tous combien il est pénible d'accompagner un ami à sa dernière demeure ; mais aujourd'hui, devant une famille éplorée, devant les confrères, les amis, venus en grand nombre, je dois dire quelques mots d'adieu à mon excellent ami Alfred Wimy, vous devez comprendre qu'il fallait un devoir bien impérieux pour surmonter mon émotion, pour vaincre un moment ma douleur légitime.

I

A. Wimy, mort dans sa quarante-quatrième année, a eu une existence bien remplie.

Il avait toutes les qualités du médecin ; non seulement il connaissait bien la science médicale, mais encore il avait cette forte culture intellectuelle, littéraire et scientifique indispensable à notre bien belle, mais quelquefois bien ingrate profession.

Wimy était l'homme du devoir : riches et pauvres savaient très bien qu'ils ne frappaient jamais inutilement à sa porte ; il s'était donné tout entier à sa nombreuse clientèle.

Mais lui, l'homme d'une rectitude de conduite absolue, fait, pour ainsi dire, tout d'une pièce, ne pouvait comprendre que, se dévouant à tous, il pût se trouver quelqu'un qui ne lui en sût gré, et suspectât sa science, ou son dévouement.

Le métier médical, s'il donne souvent de grandes satisfactions scientifiques, par la publication des résultats des observations que l'on peut faire, ou morales, en devenant le confident, l'ami de toutes les familles, donne malheureusement aussi des déboires par suite de l'ingratitude ou des mauvais procédés de certains clients. Tous les médecins en ont fait la cruelle expérience. Dans ces cas, il faut, quand on a le sentiment du devoir accompli, comme l'avait à un si haut degré l'ami que nous pleurons, se contenter de détourner la tête et penser à ses nombreux amis.

Malade depuis quelque temps, il ne put surmonter certains ennuis du métier, et de ce jour, l'affection qu'il avait fit de rapides progrès et devint incurable.

Dans les derniers jours que Wimy passa à Braisne, j'allai le voir et il me dit textuellement : « Cher ami, je n'ai que quelques semaines à vivre ; promettez-moi de venir à mon enterrement ; je croyais vivre plus longtemps, mais je m'en irai au moins avec la certitude et la satisfaction de laisser des regrets ; depuis que j'ai cédé ma clientèle, je reçois bien des visites et franchement, je ne croyais pas avoir tant de sympathies. »

En effet, on peut dire que pendant les jours qui précédèrent son départ, tous les habitants de Braisne et des pays voisins, grands et petits, vinrent lui faire leurs adieux.

II

A. Wimy n'était pas seulement un excellent praticien, le médecin était doublé d'un savant. Il avait réussi à réunir une collection d'armes et d'objets d'art, âges de pierre ou de bronze, extrêmement remarquable.

Lors du Congrès de Reims tenu par l'Association pour l'avancement des sciences, la section d'Anthropologie, à laquelle appartenaient des savants du monde entier avait été positivement émerveillée, et avec raison, de cette riche collection appartenant à cette science, née d'hier, que l'on appelle l'Archéologie préhistorique, et à laquelle le nom de Wimy restera désormais attaché, grâce aux travaux qu'il a faits pendant le peu de loisir que lui laissait la pratique médicale.

Wimy était encore, et c'est un titre auquel il tenait beaucoup, un patriote.

Après avoir fait son devoir dans les ambulances pendant la guerre néfaste de 1870-71, établi à Braisne, il se consacra tant qu'il le put à l'instruction du peuple.

Républicain convaincu, il comprenait que pour conserver la République (et il la voulait assez large pour abriter sous son drapeau tous les citoyens l'acceptant sans arrière-pensée) il fallait, suivant la pittoresque expression de Lakanal : « *Tout et rien, la diffusion de l'instruction*. »

Aussi, nous le voyons fondant une bibliothèque populaire qui a rendu et qui rend encore à Braisne les plus grands services.

Nous le voyons conférencier populaire, non seulement à Braisne, mais encore dans les pays voisins, jusqu'à Beaurieux.

Enfin, depuis longtemps, il était délégué cantonal et, on peut le dire, l'âme de la délégation du canton de Braisne.

Pour tout ce dévouement, l'administration supérieure l'avait proposé pour les palmes académiques ; il est mort trop tôt pour avoir cette modeste récompense si méritée.

Après une vie si courte, mais si bien remplie, après une longue maladie qui, pas plus qu'à nous, ne lui laissait espérer la guérison, après des souffrances endurées stoïquement, il repose maintenant,

La mort a été pour lui une délivrance, le repos, il l'avait bien gagné; mais Wimy, notre regretté confrère et ami, n'aura pas l'oubli.

Toute sa vie a été d'une correction, d'une honorabilité, d'un dévouement parfaits. Elle peut servir d'exemple : nous sommes tous là pour saluer son nom et honorer sa mémoire !

S'il peut exister une suprême consolation pour son regretté père et sa digne mère, pour la compagne de sa vie, c'est que Wimy emporte les regrets de tous et qu'il laisse à son jeune fils Jehan Wimy un héritage précieux qu'aucune vicissitude de la fortune ne pourra lui enlever, l'honneur de son nom, et la reconnaissance de toute une contrée pour les nombreux services qu'il a rendus.

Au nom de tous les confrères, de tous les amis de Wimy, je lui dis un éternel adieu.

(Approbation unanime.)

Le président expose qu'il faut, d'après le règlement, voter pour donner un remplaçant à Wimy, comme assesseur, membre du bureau.

On passe aux voix : M. *Gaillard* est nommé.

§

Le secrétaire annonce que M. M., médecin à *Hermonville*, a quitté le pays. Tous doivent s'en féliciter, car il ne craignait pas de faire de la concurrence aux confrères, *au rabais*.

Voici l'étrange circulaire imprimée qu'il avait envoyée à tous les habitants de la contrée :

« Monsieur, j'ai l'honneur de vous informer que je viens de m'établir comme médecin à Hermonville.

Nuit et jour je serai à la disposition de ceux qui voudront bien m'honorer de leur confiance, mes prix seront très modérés, 4 fr.

Agréez, etc. »

Il allait à 10 k. pour 4 fr., mais ce rabais n'a pas réussi à lui donner des clients, il a été obligé de partir.

(Approbation.)

§

Le président fait la lecture du rapport suivant sur la *création d'une caisse de secours* pour les membres du syndicat qui, par suite de *maladie* ou *d'accident*, seraient dans l'impossibilité de pratiquer la médecine :

Mes chers confrères,

Depuis la création de notre syndicat, en octobre 1882, un seul de nos membres, atteint par la longue maladie qui l'a enlevé à notre affection, s'est vu dans l'impossibilité de continuer l'exercice de sa profession et a dû pendant longtemps se faire remplacer à grands frais.

Cette situation nous a tous émus ; nous nous sommes anxieusement demandé, ce qui serait advenu si elle avait atteint un confrère débutant dans la carrière ou chargé de famille.

Vous avez compris qu'il fallait rechercher les moyens d'atténuer pour chacun de nous, dans la mesure du possible, d'aussi pénibles éventualités, et vous avez chargé votre bureau de vous présenter un projet dans ce sens.

La question est posée depuis peu, mais fait partie des préoccupations actuelles du corps médical.

Après plusieurs essais infructueux, la société amicale des médecins anglais, proposée dans un meeting médical à *Liverpool* en 1883, a été établie d'une façon définitive à Belfast en 1884 et a toujours suivi, depuis cette époque, une marche ascendante et prospère.

En l'exposant, en la recommandant dans une série d'articles (1885-1886), le Dr *Cézilly* annonce que le *président du comité de la caisse des pensions* met à l'ordre du jour de la première séance l'examen de l'adjonction de *l'assurance contre la maladie* au fonctionnement de la *caisse des pensions de retraite*. Nous ignorons si cette étude se continue.

En 1886, à la Société locale de la Gironde, le Dr Saint-Philippe propose d'étudier la question et invite chaque membre à faire connaître ses journées de maladie, afin de dresser une statistique sérieuse destinée à établir le chiffre probable des dépenses annuelles qui serait nécessaire pour faire face à ce nouveau genre d'allocation.

A la même époque, le Dr Lagoguey présente un projet que la Société du Xe Arrondissement approuve à l'unanimité, mais qui n'est applicable, d'après les statuts, récemment approuvés, qu'au département de la Seine. 55 médecins ont adhéré à cette organisation.

En un mot, tandis que l'Angleterre est en pleine période de fonctionnement, nous sommes encore, en France, dans la période de préparation.

Il dépend de vous, Messieurs, de faire que le *Syndicat des Vallées de l'Aisne et de la Vesle* ait l'honneur d'inaugurer la période pratique.

La société anglaise est fondée sur le principe de l'assistance mutuelle et a pour but de donner :

1° une indemnité en cas de maladie ;

2° une rente viagère à 65 ans ;

3° de verser une somme aux ayants droit après décès.

On peut souscrire pour un, deux, ou les trois formes d'assurance.

Nous nous occuperons seulement de la première.

§

Société anglaise. — Le nombre des membres est illimité ; il faut appartenir au corps médical, être âgé de 20 ans au moins, de 40 ans au plus et être en bonne santé.

On peut s'assurer pour une somme qui ne peut être inférieure à 52 fr., ni supérieure à 104 fr. par semaine.

La maladie empêchant l'exercice professionnel donne droit à l'indemnité entière pendant six mois, après quoi elle est réduite de moitié et payée autant que dure la maladie.

A l'âge de 65 ans, on ne paie plus de primes, on n'a plus droit à l'indemnité en cas de maladie ; elle est remplacée par la rente viagère, payable quelle que soit la santé de l'assuré.

Les adhérents paient un droit d'entrée de 12 fr. 19 et des primes trimestrielles variables suivant l'âge de l'assuré et le chiffre de l'indemnité.

Ainsi, pour une indemnité hebdomadaire de 52 fr., soit environ 7 fr. 50 par jour, on paie chaque trimestre :

A 25 ans	19 f. 43	ou par	an	77 f.	72
» 30	— 21	75	—	87	»
» 35	— 26	47	—	105	88
» 40	— 29	86	—	119	44
» 45	— 34	12	—	136	48
» 49	— 38	37	—	153	48

En résumé : 1• l'âge d'admission, la durée de la participation sont limités ; 2• le chiffre de l'indemnité varie au gré des assurés ; 3• le taux des primes varie avec l'âge des assurés ; 4• il est relativement élevé ; 5• par contre, si l'on cesse d'être par-

ticipant à l'âge de 65 ans, la durée du droit à l'assurance est pour ainsi dire illimitée pour chaque cas.

La prime à payer est élevée (106 fr. à 40 ans, 153 fr. à 49 ans); mais l'assurance est entrée dans les mœurs anglaises et nous voyons le plus grand nombre des assurés choisir le chiffre maximum de l'indemnité et payer par conséquent la plus forte prime.

Ainsi, sur 583 contrats, il y en a :

322 pour 4 livres 4 shellings par semaine 104 fr.
112 — 3 — 3 — — 78 »
149 — 2 — 2 — — 52 »

Soit une moyenne de 3 livres 10 shellings.

—

La caisse à ses débuts avait été particulièrement éprouvée.

Au 1er septembre 1884, un peu plus de 400 membres avaient droit à l'indemnité. De cette époque à juin 1885, c'est-à-dire en 9 mois, il y avait eu 57 malades, soit 1/7 ou 14 %, représentant 1615 jours de maladie (minimum 7 jours, maximum 120 jours, moyenne 28 fr. 33) et la société avait eu à payer en chiffre rond 22.000 fr., soit 13 fr. 60 par jour de maladie et 333 fr. par malade (8 accidents de voiture ou de chasse, 1 scarlatine, 4 rhumatismes, 22 cas de maladie des voies respiratoires, 3 cas de septicémie et d'autres cas moins graves).

En mai 1885, la Société comptait plus de 600 membres; 13 (2 %) ont été malades et ont touché 675 fr., soit 52 fr. par malade.

Dans la statistique publiée en avril 1886 pour 36 malades, il y a eu 791 jours de maladie, soit une moyenne de 22 jours. Ils ont touché environ 8,000 fr., moyenne de 222 fr. par malade ou de 11 fr. 38 par jour (plusieurs pour des maladies courtes et pour deux accidents). Bref, à cette époque, avril 1886, et depuis le fonctionnement de l'assurance contre la maladie, on avait payé environ 47.000 fr. aux médecins malades, couvert les frais d'administration, il restait une réserve de 107.000 fr. et la société constatait que, malgré ses versements considérables, leur montant avait été notablement moins élevé que ne le faisaient supposer les tables de calcul de prévision.

Il résulte de cet exposé que le montant des primes pourrait être diminué de moitié, comme nous l'avons dit, tout en laissant une réserve suffisante.

§

Projet Lagoguey. — 150 médecins paient une cotisation annuelle de 120 fr. On leur promet, s'ils deviennent malades ou infirmes un allocation de 10 fr. par jour de maladie.

1° On n'admet que les docteurs exerçant ou domiciliés dans le département de la Seine;

2° La limite d'âge pour l'admission est fixée à 50 ans;

3° La cotisation est fixée à 10 fr. par mois;

4° L'indemnité est de 10 fr. par jour de maladie temporaire ou *chronique*;

5° Elle n'est due que pour une maladie excédant une durée de 8 jours;

6° Différents articles des statuts règlent les conditions d'admission, de déchéance, d'administration, etc.

Voici sur quelles données est basé ce projet :

Les documents officiels donnent une moyenne maxima de six journées de maladie par sociétaire et par an pour toutes les sociétés de secours mutuel.

Ce chiffre maximum de 6 jours ne sera pas atteint, puisque, tandis que les autres sociétés similaires accordent une indemnité après 3 ou 4 jours, on ne l'accorde ici qu'après 8 jours. Pas de frais médicaux ou pharmaceutiques.

Cette combinaison rendra inutile la création d'une caisse de retraite, puisque l'on pourra toucher 3650 fr. par an.

Notre confrère Barat-Dulaurier (*Concours médical* du 8 mai 1886) objecte que l'indemnité quotidienne est toujours la même quand même l'incapacité de travail serait permanente et qu'elle ne s'applique qu'aux médecins en exercice.

Cézilly (10 juillet 1886) attaque le projet par des raisons analogues.

Somme toute, voici les données pour 150 médecins abonnés à 120 fr. par an.

150 médecins à 120 fr. donnent . . . 18.000 fr.
150 médecins à 6 jours de maladies
par an donnent 900 jour à 10 fr. 9.000 fr.

Reste en caisse 9.000 fr.

§

Le projet que nous allons avoir l'honneur de vous soumettre diffère de ceux dont nous venons de vous rappeler l'économie.

Nous vous proposons : 1° de faire disparaître toutes les catégories d'âge, etc.;

2° De fixer l'indemnité quotidienne d'une façon uniforme à 10 fr., ce qui paraît un chiffre acceptable;

3° De limiter à 3 mois, du moins quant à présent, la période pendant laquelle on y aura droit; cette durée semblant suffisante pour les cas les plus graves d'incapacité temporaire professionnelle;

4° De laisser en dehors de l'assurance les cas qui n'entraînent pas une incapacité de travail de plus de 15 jours, cette incapacité n'atteignant pas d'une façon sérieuse la situation.

Pour combler cette lacune, nous vous inviterons à faire figurer dans les statuts du syndicat un article additionnel réglementant le remplacement d'un confrère indisposé par ses confrères voisins.

La grosse question, c'est celle des voies et moyens; c'est le quart d'heure de Rabelais.

Plusieurs membres de la commission ont pensé qu'il fallait, avant tout, créer un fonds de réserve *considérable*, qui nécessiterait des cotisations élevées et ne donnerait que des résultats à longue échéance; pour ces raisons, ils déclarent le projet impraticable.

Votre rapporteur vous demande la permission d'être d'un autre avis. Il reconnaît volontiers que l'esprit français, peu familier encore avec le fonctionnement des assurances, se laisse difficilement entraîner; que, sceptique par nature, il veut voir, toucher des résultats immédiats; que, peu soucieux d'un danger lointain problématique, il est peu disposé à faire, pour y parer, de gros sacrifices; que les lui demander, c'est courir à un échec certain.

C'est pourquoi nous vous prions de vous rallier en principe à la formule suivante : *Demander peu, donner quelque chose dès maintenant, donner plus tard beaucoup plus.*

Il faut naître d'abord, faire dès la naissance acte de vie, grandir, se fortifier, produire ensuite à l'âge adulte tout ce que l'on peut produire.

Telle est la loi physiologique, la loi générale en dehors de laquelle rien ne se crée.

Pour tenir compte de cet important facteur, qu'il ne faut jamais négliger, *le temps*, nous vous proposons donc d'inscrire dans nos statuts cet article restrictif : *La caisse n'est responsable que jusqu'à concurrence des 3/4 de son actif. Le dernier quart constitue le fonds de réserve.*

Ceci établi, voyons sur quels résultats on peut compter.

Faisons d'abord remarquer que les calculs suivants ne comportent pas d'aléa; nous ne fixons pas, quant à présent, le chiffre de la cotisation d'une manière définitive ; nous supposons 20 membres du syndicat donnant 10 fr. par an, soit une recette annuelle de 200 fr.

1re année	200 fr.	nous pouvons disposer de	150 fr.
2e	— 250	—	186
3e	— 312	—	234
4e	— 390	—	291
5e	— 487	—	363
6e	— 608	—	456
7e	— 760	—	570
8e	— 950	—	711
9e	— 1187	—	891
10e	— 1484	—	1113
11e	— 1855	—	1391

Ainsi donc, en admettant que les primes disponibles soient utilisées chaque année, sans tenir compte des autres ressources, ni des intérêts représentant, si l'on veut, les frais d'administration, nous aurons pu distribuer aux ayants droit 4965 fr. et nous aurons en caisse 1865 fr.

Depuis la fondation du syndicat, en octobre 1882, en 4 années, nous n'avons eu qu'un confrère malade. Si la caisse avait été créée à cette époque dans les conditions proposées, nous aurions pu mettre à la disposition du confrère si cruellement éprouvé une somme de 860 fr. et avoir en caisse encore une réserve de 487 fr.

Nous livrons ces données à vos méditations ; d'accord sur le principe, sur le but à atteindre, sur la nécessité de faire quelque chose, nous vous convions à entrer le plus tôt possible dans la réalité, à constituer dès maintenant la société, mais deux systèmes sont en présence :

Faut-il s'occuper d'abord et exclusivement de former un fonds de réserve, en déterminer la quotité et ajourner le fonctionnement à une date indéfinie ?

Faut-il fonctionner de suite, même d'une façon rudimentaire, en laissant le temps perfectionner l'œuvre ?

C'est à vous, mes chers confrères, qu'il appartient de départager votre commission.

(*Applaudissements.*)

Voici les principaux articles que je propose, mais qui pourront être modifiés dans le détail, si, ce que j'espère, vous en adoptez le principe :

Art. 1er. Entre les membres du syndicat qui adhéreront aux présents statuts, il est établi une caisse d'assistance mutuelle ayant pour but d'accorder une indemnité à ses membres atteints de maladies ou de blessures accidentelles les obligeant à cesser temporairement leurs fonctions.

Art. 2. Cette caisse est gérée par le bureau du syndicat qui rend ses comptes chaque année dans les séances annuelles. L'incapacité temporaire n'excédant pas 15 jours ne donne droit à aucune indemnité.

Art. 3. A partir de ce moment, l'incapacité de travail donne droit à une indemnité quotidienne de 10 fr. pendant une durée de 3 mois au plus. Si la maladie se prolonge pendant plus longtemps, le bureau avisera ; sa décision sera susceptible d'appel en assemblée générale.

Art. 4. La caisse n'est responsable que jusqu'à concurrence des 3/4 de son actif. Le dernier quart constitue le fonds de réserve.

Art. 5. Le membre malade devra aviser aussitôt le secrétaire de son état de maladie, et dès sa guérison, de la reprise de son travail.

Art. 6. Les ressources de la caisse se composent :

1° de dons volontaires ;

2° de cotisations annuelles de 10 fr. payables en une fois dans le premier trimestre de chaque année. Tout retard de 3 mois entraîne de droit la radiation.

3° d'un droit d'entrée de 10 fr. exigible de tout nouvel adhérent admis après un an de fonctionnement de la caisse.

Art. 7. L'assurance n'est pas obligatoire pour les membres du syndicat, mais il est indispensable d'en faire partie pour y avoir droit.

Le secrétaire croit être l'interprète de tous en félicitant notre aimé président de son beau travail ; mais il croit qu'il mérite d'être étudié en détail ; il sera imprimé et tous nos confrères pourront l'étudier.

Pour ces raisons, il demande de fixer la discussion du présent rapport, et l'élaboration des statuts de la *caisse d'assistance* à la prochaine séance.

Adhésion générale.

§

Le président expose qu'ayant de réimprimer le règlement et le tarif, il y aurait lieu de rediscuter l'art. 3 qui a trait à la conduite à tenir par un deuxième médecin lorsque celui-ci est appelé alors que le malade est en cours de traitement par un premier médecin.

Après délibération, l'article est rédigé définitivement ainsi :

Art. 3. Lorsqu'un médecin est appelé dans le cours d'une maladie à donner des soins à une personne traitée par un confrère, il doit *absolument* refuser d'y aller autrement qu'en consultation avec le premier médecin, à moins d'entente complète entre eux ou d'une lettre du premier médecin à son confrère l'avertissant que, pour une cause ou pour une autre, il cesse ses soins et lui rend la liberté.

Adopté à l'unanimité.

Le secrétaire expose que notre dévoué président honoraire, M. Dulieu, a proposé lors de la dernière réunion de la chambre syndicale que nos réunions fussent divisées en deux parties : une partie *professionnelle* d'abord, mais qui deviendra de moins en moins importante, le syndicat ayant déjà beaucoup étudié de questions depuis 5 ans, et une partie scientifique, ou plutôt de pratique courante.

Chaque membre serait invité à publier les observations des cas rares qu'il a observés, à parler des maladies régnantes, des épidémies et de leur cause probable, des succès et *surtout des insuccès* qu'il a eus avec les médicaments nouveaux qui s'imposent forcément à l'attention du public médical, grâce aux annonces éhontées et ridicules qui envahissent

même presque tous les journaux de médecine.

Si toutes ces drogues peuvent être préconisées comme guérissant tout, il est de notre droit et même de notre devoir de réduire leur pouvoir magique à leur juste valeur, qui souvent est au-dessous de zéro.

Tout cela intéresse au plus haut point la considération du corps médical. Chaque membre devra aussi raconter les circonstances où il aura pu être appelé comme médecin légiste et où il aura eu à se plaindre de la magistrature. Le bureau a applaudi à l'idée de notre doyen et demande au syndicat de l'adopter.

Il est bien entendu que, pour toutes ces questions scientifiques ou professionnelles, le syndicat n'aura pas de vote à émettre, chacun restant responsable de ce qu'il apportera à l'œuvre commune ; mais que tant pour la constitution médicale que pour la thérapeutique, pour l'étiologie des maladies et pour nos rapports avec les pouvoirs publics, ce seront plus tard des archives intéressantes à consulter.

Adopté à l'unanimité.

La séance est levée à 5 heures.

La Chambre syndicale se réunira le 14 juin à *Vailly*, chez le président.

Le syndicat se réunira le 18 juin, à *Beaurieux*, chez le secrétaire.

Le Secrétaire perpétuel,
D. H. Lécuyer,
de Beaurieux (Aisne).

Note de la Direction.

Il est bien entendu que les opinions émises dans le bulletin n'engagent que les signataires des articles publiés. Nous ne pouvons que féliciter nos confrères du syndicat de l'Aisne et de la Vesle du zèle qu'ils mettent à étudier les questions professionnelles et nous serions heureux de voir les membres des autres syndicats suivre la même voie.

L'assurance mutuelle en cas de maladie est un des desiderata de notre profession. La question est à l'ordre du jour et trouvera, nous l'espérons bien, une *solution pratique dans un avenir peu éloigné*. Nous serons heureux de publier les réflexions que le travail de notre honorable confrère le D. Ancelet, aura suggéré au corps médical.

Le directeur du Bulletin,
A. Barat-Dulaurier.

NOUVELLES

Le Congrès international de médecine a Washington en septembre. — Le *Journal of the American medical Association* du 19 mars 1887 donne les renseignements suivants qui peuvent être utiles à nos lecteurs : Le Comité d'organisation, que préside le Dr Garnett, 1319, avenue de New-York, à Washington, a pris des mesures bienveillantes en faveur des membres du Congrès, tant au point de vue des logements qu'au point de vue des lignes de paquebots. Et d'abord, voici les tarifs des principaux hôtels et maisons meublées de Washington :

The Arlington Hôtel, de 3 dollars à 3 dollars 50 par jour.

Riggs House, de 3 dollars à 3 dollars 50 par jour.

Williard's Hôtel, de 3 dollars à 3 dollars 50 par jour.

Metropolitan Hôtel, 3 dollars par jour.

National Hôtel, 3 dollars par jour.

On sait que le dollar américain représente cinq francs de la monnaie française. Les prix ci-dessus énoncés comprennent non seulement le logement, mais encore la nourriture, l'éclairage, etc. D'autres hôtels, aménagés à l'européenne, c'est-à-dire ne donnant que le logement, fourniront des chambres à raison de 1 à 2 dollars par jour. Des maisons meublées de première classe offriront des chambres pour un dollar à 1 dollar 50.

Depuis les renseignements qui ont été publiés antérieurement, le Comité a fait savoir que, outre les vapeurs transatlantiques indiqués déjà, la ligne *Nord German Lloyd* a fixé, pour les membres du Congrès et leurs familles, le prix du voyage de Brême à New-York, aller et retour, à la somme de 187 dollars 50, et que la ligne *Cunard* consent à réduire ses prix habituels de 10 p. 100.

Le *Albaugh's* et le *National Théâtre*, ainsi que le *Williard's Hall* ont été retenus pour les usages du Congrès. Le Hall de Willard sera le *quartier général*, ou centre de réunion, et le siége du bureau d'inscription.

Le Congrès des Etats-Unis, avant de se séparer, a voté 10,000 dollars (50,000 francs) pour subvenir aux frais nécessaires du Congrès médical.

Erreur pharmaceutique. — Le tribunal correctionnel de Chambéry a statué sur une affaire qui a longtemps passionné la région.

Il y a quelque temps, Mme Gondrand, femme d'un notaire de Pont-de-Beauvoisin (Savoie), mourut subitement après avoir absorbé une potion préparée par M. Millioz, pharmacien. Les obsèques eurent lieu ; mais bientôt, sous la pression de l'opinion publique, pour qui cette mort n'était pas naturelle, une enquête judiciaire eut lieu, et il résulta de l'expertise médico-légale faite par M. le professeur Lacassagne, professeur à l'Ecole de médecine de Lyon, que la mort devait être attribuée à un empoisonnement par la strychnine.

Une longue instruction suivit, et une domestique de M. Gondrand, que quelques témoins avaient entendue tenir un propos suspect, fut un instant arrêtée ; mais bientôt, il parut certain que l'empoisonnement provenait d'une erreur du pharmacien, qui s'était servi d'un flacon ayant contenu de la strychnine pour y mettre une potion inoffensive. La charge la plus grave relevée contre lui était le soin qu'il avait mis à faire disparaître le flacon après l'accident.

De nombreux témoins ont été entendus. Les experts cités par la défense et par l'accusation, tout en reconnaissant le fait de l'empoisonnement, se sont divisés sur la façon dont il avait pu se produire.

Malgré une habile plaidoirie de Me Charbonnier, du barreau de Grenoble, qui a soutenu que la mort de Mme Gondraud était le résultat d'un crime et non d'une imprudence de pharmacien, le tribunal a rendu un jugement condamnant M. Millioz à trois mois de prison, 100 francs d'amende et 100 francs de dommages-intérêts envers la mère de la victime. (*Le Temps.*)

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André, 3

Neuvième année — N° 25 — 18 Juin 1887

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement de la migraine ophthalmique accompagnée (1).

MM. *Gilles de la Tourette* et *P. Bloch*, élèves de M. Charcot, viennent d'exposer les idées de leur éminent maître sur ce sujet. Déjà M. Ch. Féré avait fait connaître (*Revue de Médecine*, 1881 et 1883) les formes que peut revêtir la migraine ophthalmique. Celle-ci se différencie nettement des autres migraines par plusieurs signes qu'on pourrait dire spécifiques. M. Charcot admet deux variétés de migraine ophthalmique ; l'une, *simple*, consiste seulement en douleurs de tête et troubles visuels ; l'autre, migraine *accompagnée*, offre, outre les signes précédents, une aphasie transitoire, des troubles sensitifs et moteurs plus ou moins accentués du côté de la face et des membres.

Dans la migraine ophthalmique simple, avec obnubilation passagère de la vue sous forme d'hémiopie et de scotome scintillant, le pronostic est bénin ; l'affection est incommode, mais non inquiétante.

Il en est autrement dans la forme accompagnée ; quand survient l'aphasie, quand le patient éprouve des sensations de fourmillement d'un côté du corps, des accidents parétiques et même des accès épileptiformes, il y a de quoi l'inquiéter ainsi que son entourage. Si les crises sont fréquentes, il peut être obligé de renoncer à sa profession. Enfin, même, on a observé que chacun des symptômes précités, hémiopie, aphasie, troubles sensitifs et moteurs, après s'être montrés passagèrement, peuvent s'installer pour longtemps et définitivement.

Il est donc utile de savoir que M. Charcot a obtenu des succès certains par le traitement bromuré institué de la façon suivante. Les malades doivent être *longtemps, constamment* et *fortement* imprégnés. On réalisera pratiquement ces indications capitales de la manière suivante. Le malade prendra :

2 ou 3 grammes de bromure tous les jours de la 1re semaine,

3 ou 4 grammes de bromure tous les jours de la 2e semaine,

4 ou 5 grammes de bromure tous les jours de la 3e semaine,

5 ou 6 grammes de bromure tous les jours de la 4e semaine,

et recommencera ensuite la même série. Suivant que les accidents s'atténueront ou non, on diminuera ou on augmentera parallèlement les doses, mais on ne suspendra pas le traitement avant la cessation complète et durable de tous les signes. La durée minimum du traitement ne sera jamais inférieure à 3 ou 4 mois.

(1) *Progrès médical*, 11 juin.

Traitements de la coqueluche (1).

Ayant examiné un travail de M. Bilhaut sur l'emploi de la *Grindelia robusta* dans le traitement de la coqueluche, M. Cadet de Gassicourt déclare que, d'après ses expériences personnelles, ce n'est pas un médicament spécifique. Administré sous forme d'extrait éthéré à la dose de 20 à 50 gouttes par jour, il peut diminuer, dans certains cas le nombre des quintes, et pourra être employé lorsque les autres moyens auront échoué. M. Bilhaut avait annoncé des résultats plus satisfaisants, mais il faut tenir compte dans ces sortes de recherches de diverses circonstances que les expérimentateurs négligent trop souvent, si la forme est légère ou intense, si la maladie est à son début ou à une période déjà avancée. A cette occasion, divers moyens thérapeutiques sont rappelés par les membres de la Société ; le sirop de narcéine, récemment préconisé par M. Laborde, les badigeonnages de l'isthme

(1) Société de thérapeutique, 11 mai.

du gosier avec la cocaïne, le bromure de potassium, les bains d'air comprimé. Il ressort une fois de plus de cette discussion qu'il est impossible de prévoir quel sera dans un cas donné le médicament le plus utile. C'est affaire de tâtonnement.

L'utilité des déplacements dans le décours de la coqueluche est admise par tout le monde. M. Féréol pense qu'il y a avantage même à changer plusieurs fois les malades de milieu sans qu'il soit nécessaire de les éloigner beaucoup. Il a même souvent obtenu de bons effets par le simple changement de chambre, fréquemment répété ; on a conseillé dernièrement de désinfecter chaque fois la chambre du malade avec des vapeurs sulfureuses.

M. Cadet de Gassicourt n'est pas d'avis de faire sortir beaucoup les coquelucheux à la période aiguë, surtout au-dessous de trois ans, par crainte de la broncho-pneumonie.

La durée de la contagiosité de la coqueluche n'est pas élucidée, il est probable que la contagion est possible tant que la maladie se manifeste par des quintes nettes. L'affirmation d'un auteur autorisé en pathologie infantile, que la coqueluche n'est plus contagieuse au bout de deux mois, même lorsqu'il existe encore des quintes, est discutable. Il est probable que, quand il n'existe plus que des quintes ébauchées, séparées par de longs intervalles, la transmissibilité n'existe plus. Mais il est impossible de fixer une date précise.

Traitement de la syphilis.

La discussion à la Société médicale des hôpitaux s'est continuée par une communication de M. *Hallopeau*, dont voici les conclusions :

1° Le chancre induré doit être excisé ou détruit par un caustique mercuriel, quand le malade se présente avant l'apparition des adénopathies de voisinage.

2° Il faut poursuivre énergiquement par le mercure et l'iodure de potassium l'agent spécifique de la syphilis d'une *manière systématique* et incessante pendant les premières années qui suivent l'infection et plus tard aussi longtemps que la maladie se traduit par de nouvelles manifestations.

3° Le mercure doit être introduit d'abord par l'emploi méthodique des frictions sur des parties glabres.

Plus tard on peut l'administrer de nouveau sous cette forme ou le donner à l'intérieur, particulièrement à l'état de biiodure.

4° Il ne faut recourir aux injections massives de calomel, d'oxyde de mercure ou de mercure métallique que dans les cas où un danger imminent nécessite une intervention immédiate et énergique ; encore en pareil cas faut-il leur associer les frictions.

5° L'iodure de potassium doit être administré dès la période secondaire dans les intervalles des cures mercurielles. Pendant la période tertiaire, il faut l'employer d'une manière presque continue aussi longtemps que la maladie ne paraît pas complètement éteinte ou réduite au silence.

6° Les spécifiques et particulièrement les mercuriaux doivent être employés localement contre toutes les manifestations de la maladie.

7° Il y a lieu de chercher par la syphilisation des animaux supérieurs, et particulièrement des singes, à obtenir un virus atténué capable de devenir un vaccin de la syphilis.

De la contagion de la tuberculose par les poules (1).

M. *Lamallerée* communique l'observation suivante, relative à la contagion de la tuberculose par les poules.

En 1872, un jeune homme revenant de captivité en Prusse vint se fixer comme ouvrier bûcheron au hameau de G... A cette époque, il avait une bronchite. Il se maria à une jeune et vigoureuse fille du pays, âgée de vingt-cinq ans. Quelque temps après son mariage, le jeune G... eut une première hémoptysie. Bref, il mourut onze mois après son mariage, laissant un enfant qui s'est élevé fort difficilement.

Depuis deux ans, la mère a des cavernes, l'expectoration est abondante ; actuellement, elle marche à grands pas vers la terminaison fatale de sa maladie.

Tout dernièrement, je fus appelé chez une voisine, jeune femme dont les antécédents ne pouvaient pas faire soupçonner la tuberculose ; cependant je lui trouvai tous les signes du début de la phthisie. Après bien des questions, j'appris qu'elle avait mangé onze poules prises chez sa voisine dans l'espace de quatre mois, et que, pour mieux faire, sentant ses forces diminuer, elle les faisait très-peu cuire, voulant manger de la viande saignante. Je me rendis chez la première malade (me souvenant des nombreuses observations déjà publiées) pour me rendre compte de la façon dont les poules étaient mortes et m'assurer si elles absorbaient des crachats. Sur ce dernier point, je fus pleinement édifié. En arrivant vers la maison, j'entendis tousser la malade et je vis tout un bataillon de poules se précipiter vers la porte grande ouverte, absolument comme elles font dans les campagnes à la voix de la femme qui leur porte leur repas. Ces poules se pressaient autour du lit de la malade et se disputaient ses crachats.

Une était morte le matin ; je me la fis donner. Elle avait dix-sept tubercules ramollis ; le foie en était farci et le liquide renfermait un grand nombre de bacilles.

Dans ce cas on retrouve donc la contagion :

1° De l'homme à l'homme ;

2° De l'homme aux animaux ;

3° De l'animal à l'homme.

Je crois utile, et par simple mesure hygiénique, d'enlever soigneusement le foie, le tube digestif des poules avant de les faire cuire.

Mortalité des enfants en nourrice.

M. *Ledé*. — Pour les enfants d'un mois la mortalité est de 10,37 quand ils sont placés au sein, 23,96 et même 33,47 lorsqu'ils sont élevés au biberon.

La mortalité diminue avec l'âge plus avancé des enfants, lorsqu'ils sont placés au sein, tandis qu'elle se maintient toujours entre 15 et 28 p. 100 lorsqu'ils sont placés au biberon.

La mortalité des enfants légitimes et des enfants illégitimes placés au sein est sensiblement la même, de 7,32 à 10,95.

La mortalité des enfants légitimes placés au biberon est de 16 p. 100 à 17 p. 100, tandis qu'elle est de 20,83 p. 100 pour les enfants illégitimes. Sur 1,835 enfants placés au sein, 210 sont décédés. La

(1) Congrès des sociétés savantes (*Bulletin médical*).

mortalité est de 8,05 et 5,63 dans le premier mois du placement. Elle subit aussi une hausse vers 6, 7 et 8 mois, par l'alimentation prématurée et l'éruption dentaire.

Sur 1,586 enfants placés au biberon, 282 décès. La mort est fréquente dans le premier mois de la vie (150 décès). La mortalité atteint ces enfants dans le premier temps du placement.

Les causes de décès sont les maladies épidémiques, les affections du tube digestif et de ses annexes dues au mauvais mode d'élevage ; les affections pulmonaires, les affections congénitales.

Les conclusions de M. Ledé sont les suivantes :

La mortalité est augmentée par le placement dès la naissance chez des nourrices au biberon.

Les enfants meurent surtout dans les premiers mois du placement, principalement lorsqu'ils sont élevés au biberon.

L'étude des causes de la mortalité démontre ce fait, que le nombre des décès par athrepsie, diarrhée, entérite, est considérable.

Ces décès surviennent surtout chez les enfants placés en nourrice dès les premiers jours de la vie et en général avant le premier mois de l'existence.

Les cas de bronchite indiquent les dangers du transport des enfants dès la première semaine de la naissance.

Les décès augmentent du sixième au dixième mois par le fait de l'alimentation prématurée, des maladies épidémiques, des affections cérébrales (méningites, convulsions), consécutives fréquemment à l'éruption dentaire.

La loi Roussel doit donc être revisée en ce sens que :

1° L'élevage au biberon ne devrait jamais être autorisé dès la naissance ;

2° L'enfant de toute femme voulant élever chez elle un enfant au sein devrait être sevré dans les trois mois qui suivront l'arrivée du nourrisson. Cette solution protégera l'enfant de la nourrice et le nourrisson. Elle remplira deux buts au point de vue humanitaire et au point de vue social.

Le vertige nasal

Voici les conclusions d'un intéressant travail de M. le Dr *Joal* (du Mont-Dore).

I. Il existe un vertige nasal, véritable *vertigo a naso læso.*

II. Il appartient au groupe des vertiges réflexes et doit prendre place à côté des vertiges gastrique, laryngé, utérin.

III. L'irritation des filets du trijumeau innervant la muqueuse des cornets et celle de la cloison, est la cause du vertige et des autres névroses nasales.

IV. L'excitation du trijumeau se transmet par l'intermédiaire du ganglion sphéno-palatin aux nerfs vaso-moteurs, d'où anémie circonscrite du cerveau et vertige.

V. Les affections qui donnent lieu au vertige sont : 1° les fluxions nasales (odeurs, vapeurs irritantes, tabac à priser, foins au moment de la floraison) ; 2° les coryzas aigus ; 3° le catarrhe chronique, surtout dans sa forme hypertrophique ; 4° les polypes muqueux ; 5° le catarrhe de l'arrière-cavité nasale

VI. Le vertige est provoqué surtout par les affections nasales offrant peu de gravité.

VII. Les réflexes nasaux se développent principalement chez des individus arthritiques.

VIII. Le vertige peut se montrer isolément ou être accompagné d'autres phénomènes nerveux : troubles de la vue, mouches volantes, hémicranie, nausées, vomissements, grande excitabilité, hypochondrie, paresse intellectuelle, cauchemars, toux spasmodique, crises dyspnéiques, sécrétions exagérées, syncopes, faiblesse du pouls, pâleur de la face.

IX. Pour établir le diagnostic, il faut examiner les fosses nasales de tout individu éprouvant du vertige.

X. La recherche du vertige nasal diminuera sensiblement le nombre des cas de vertiges goutteux, rhumatismal, anémique, congestif, ainsi que de névropathie cérébro-cardiaque.

XI. Le vertige cesse avec la guérison de l'affection nasale qui lui a donné naissance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 juin

M. le Dr *Huguet* (de Vars) lit une note sur des appareils de son invention pour les *inhalations* et *pulvérisations* aromatiques, gazeuses et antiseptiques *ozonées.*

M. *Fournier* achève la lecture de son rapport si important sur la prophylaxie de la syphilis.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 13 juin.

M. *Cornil* lit une communication sur les *sarcomes kystiques du bassin.*

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

I

De l'endométrite et de son traitement par le râclage et l'écouvillonnage (1).

La thérapeutique des métrites chroniques, si tenaces, si rebelles, entre dans une voie nouvelle : grâce à l'antisepsie, on ne craint plus de pénétrer dans la cavité utérine, d'y porter à l'aide d'instruments des agents médicamenteux énergiques (2). Bien qu'il soit actuellement difficile de déterminer la valeur exacte de ces nouveaux procédés de traitement, il est intéressant de les connaître et de les expérimenter ; c'est ce qui nous engage à résumer un travail très intéressant de M. Doléris sur le traitement de l'endométrite par *le raclage* et *l'écouvillonnage* ; la première partie de ce travail comprend l'exposé d'idées qui ont de plus en plus cours parmi les accoucheurs et les gynécologues et que nous avons entendu défendre à diverses reprises par nos maîtres. Dans la seconde partie est détaillée la méthode de traitement intra-utérin dont nous avons déjà parlé dans un article récent (3).

(1) *Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie*, février et mars 1887.

(2) Au nombre des agents non médicamenteux qu'on applique actuellement au traitement de l'endométrite figure l'électricité : nous examinerons prochainement quels résultats on peut obtenir du traitement des affections utérines par l'électricité et en particulier par la méthode que préconise M. Apostoli.

(3) *Concours médical*, mars 1887.

II

La plupart des *métrites* ont pour origine une *inflammation septique née à l'occasion de l'accouchement* ou de l'avortement ; quelques variétés plus rares naissent de la *blennorrhagie* ou *blennorrhée virulente* ; d'autres naissent sourdement de conditions septiques atténuées, *procédant de l'extérieur*, engendrées dans les voies génitales externes et tenant à l'altération des liquides sécrétés, ou du sang des règles. La menstruation, les excès vénériens, les relations brutales ou disproportionnées, la masturbation sont alors les facteurs très actifs de la congestion qui prépare la métrite ; mais, pour que celle-ci existe, pour qu'il y ait inflammation, il faut l'existence d'un microbe pathogène.

Aussi doit-on rejeter du cadre des métrites chroniques, tel que l'envisage M. Doléris, les états pathologiques qui sont la conséquence de simples troubles de nutrition nés sous l'influence de perturbations nerveuses ou sanguines, lymphatiques, traumatiques, de régressions incomplètes, etc., et qui correspondent à ce qu'on appelle la subinvolution, l'hypertrophie chronique, l'hyperplasie, l'engorgement, la congestion, etc. ; ces lésions simples, *non infectieuses*, se traiteront suivant le moteur perturbé (nerfs, vaisseaux, muscles, etc.), par l'électricité, l'ignipuncture, l'hydrothérapie, l'hygiène, la thérapeutique interne, etc.

Tout autre doit être le traitement de la métrite chronique vraie, qui n'est le plus souvent qu'un reliquat d'un accouchement ou d'un avortement antérieur dans lequel l'antisepsie n'a pas été observée. Cette question, si importante, de la *septicémie puerpérale tardive*, comme l'appelle Doléris, est du plus haut intérêt pratique. Ce qu'il importe actuellement de préciser, c'est que l'endométrite est la lésion initiale de l'inflammation de l'utérus et qu'elle reste permanente dans l'inflammation chronique ; dans la métrite aiguë et les périodes initiales de la métrite chronique surtout, la muqueuse enflammée est le foyer incessamment renouvelé qui alimente les foyers morbides secondaires (musculature utérine, lymphatiques, annexes, péritoine, paramétrium). L'occlusion du col (mécanique, organique ou spasmodique), quand elle existe, cause la rétention des produits septiques et favorise la résorption. Il en est de même des déviations accentuées, surtout la rétroversion.

La guérison spontanée de la métrite chronique est rendue très longue et très difficile, par la profondeur des lésions qui gagnent jusqu'aux culs-de-sac glandulaires, — par le retour périodique des règles, — par l'atonie de la musculature utérine qui ne concourt point à la détersion de la cavité et favorise, au contraire, la pénétration des germes pathogènes.

Les lésions muqueuses de la métrite se concentrent tantôt dans une tendance végétante et hyperplasique qui ne cède à aucun traitement, sinon à la destruction totale ; tantôt dans une sténose générale des glandes et un état kystique de leurs culs-de-sac qui n'est curable que par les mêmes procédés thérapeutiques. Ces lésions ont pour conséquences des symptômes habituels dont les principaux sont les suivants : *a*) altération des sécrétions (muco-pus, pus), catarrhe chronique ; *b*) métrorrhagies à répétition et ménorrhagies ; *c*) douleurs par rétention, par spasmes, par irritations pelviennes ; sans compter les symptômes qui résultent des lésions des parois musculaire, celluleuse ou péritonéale de l'utérus.

III

Pour traiter rationnellement ces lésions complexes qui caractérisent la métrite chronique, il faut d'une part ouvrir aux sécrétions une voie d'élimination large et aisée et assurer du même coup la possibilité d'une action directe sur la muqueuse ; d'autre part, il faut pouvoir modifier la muqueuse dans toute son épaisseur. On y parvient en dilatant le col utérin et en faisant un traitement local de la surface utérine à l'aide de la *curette* ou de *l'écouvillon*.

L'usage de la *curette* doit être réservé aux formes bourgeonnantes, invétérées et rebelles de la métrite, surtout lorsque l'écouvillonnage n'a produit qu'un résultat incomplet. On s'assure qu'il n'existe point d'inflammation récente dans les tissus péri-utérins ; des irrigations antiseptiques vaginales sont faites pendant les quelques jours qui précèdent l'opération. La malade est placée dans le décubitus dorsal et, si elle est très craintive, on peut la chloroformiser ; on attire l'utérus en bas en plaçant une pince sur la lèvre antérieure du col ; on refoule en arrière le périnée au moyen d'une large valve de Sims ; la pince est tenue par un aide qui comprime de sa main libre le fond de l'utérus et l'abaisse vers la vulve. Après s'être assuré de la direction du conduit utérin par le cathétérisme préalable, on introduit la curette de la main droite, suivant l'axe connu du conduit utérin et l'on saisit de la main gauche le fond de la matrice à travers la paroi abdominale.

Dès qu'on a senti que l'instrument a touché le fond de la cavité utérine, on racle fortement en allant de droite à gauche, de telle sorte que toute la muqueuse soit abrasée. — Lorsque la curette est retirée, on écouvillonne à plusieurs reprises la cavité utérine ; puis on termine par l'introduction de la sonde dilatatrice et on fait une irrigation de quelques secondes au moyen d'une solution de sublimé au 1/2000 et à la température de 40° à 45° cent. pour balayer les derniers débris de muqueuse ou de caillots ; on pratique ensuite un écouvillonnage avec un écouvillon très doux, fortement chargé de glycérine créosotée au tiers. — Les douleurs ne sont accentuées que lorsqu'il existe des déviations de l'utérus en arrière ou une névropathie intense.

L'hémorrhagie, insignifiante pendant l'opération, devient nulle après. — Dans les quelques jours suivants, il se produit un écoulement de liquides épais, provenant de la déliquescence des cellules les plus profondes de la muqueuse restées adhérentes à la paroi musculaire. Il importe de maintenir assez longtemps l'asepsie du vagin par des tampons iodoformés ou sublimés.

Quant à l'*écouvillonnage*, ce serait nous répéter que d'indiquer à nouveau les qualités que doit posséder un bon *écouvillon* et la manière dont on doit s'en servir : nous avons suffisamment exposé cette méthode en parlant du traitement de la rétention du placenta dans l'avortement (1). Autant nous faisions des réserves pour l'emploi de l'*écouvillon* dans les cas d'avortement incomplet, autant nous pensons que l'écouvillonnage peut rendre des services dans le traitement des formes invétérées de la métrite chronique ; il est en tout cas une qualité qu'on ne saurait contester à l'écouvillon, c'est d'être un excellent porte-topique intra-utérin.

M. Doléris emploie comme agents modificateurs l'iodoforme et principalement la glycérine créosotée.

(1) *Concours médical*, 1887, nº 11, 12 mars, p. 127.

Il emploie l'iodoforme, soit incorporé à des bourdonnets, soit en solution dans l'éther ; il en imbibe de petites mèches de coton cylindrique qu'il porte dans l'utérus à l'aide d'un fin porte-mèche.

La *créosote* est plus active comme antiseptique et comme agent destructeur ; *pure*, elle est utilisable contre les catarrhes invétérés du col, les exubérances glandulaires de la muqueuse intra-cervicale. — Lorsque l'utérus a été dilaté, on peut la faire pénétrer de suite au moyen d'un bourdonnet d'ouate, porté dans toute l'étendue de la muqueuse du corps de l'utérus.

La solution à 1/3 suivant la formule :

Glycérine	60 gr.
Créosote pure de bois de hêtre	20 gr.

est utilisable pour les pansements intra-utérins quotidiens, pour l'écouvillonnage dans l'endométrite franchement septique après l'accouchement et après l'avortement, et dans l'endométrite chronique invétérée.

La solution faible à 1/10 peut être employée pour l'écouvillonnage dans les pansements intra-utérins, et même pour le tamponnement vaginal ; il importe de secouer toujours le flacon de glycérine créosotée (la créosote surnage) jusqu'à ce qu'on ait obtenu un liquide opaque blanc, de consistance crémeuse.

M. Doléris estime que le *curage* et *l'écouvillonnage* ne présentent aucun danger et qu'ils constituent le seul traitement rationnel de l'endométrite ; le traitement général, qui consiste en douches, bains, iode, fer, etc., à l'intérieur, ne peut servir que d'adjuvant, mais ne doit pas être négligé.

M. Porak (1) est le seul auteur en France qui jusqu'à présent ait fait connaître les résultats qu'il a obtenus de l'emploi de l'écouvillonnage et de la dilatation utérine, ces résultats sont encourageants. M. Porak s'est surtout attaché à indiquer comment on pouvait dilater l'utérus soit à l'aide des éponges trempées dans l'éther iodoformé, soit de préférence à l'aide des tiges de laminaire, conservées dans la même solution. « Un grand intérêt, dit-il, s'attache à la détermination de la gravité des divers traitements intra-utérins. Les pratiques antiseptiques ont immédiatement diminué les risques à la suite de ces interventions, mais elles ne les ont pas supprimées... Aussi ne doit-on recourir à l'écouvillonnage de Doléris et au curettage que lorsqu'on a échoué dans des traitements qui ont la réputation d'être des plus anodins. »

—IV—

C'est à peu près la seule conclusion qui nous paraisse actuellement justifiée. D'ailleurs M. Doléris, dans la discussion qui a suivi la lecture de son mémoire à la Société obstétricale, s'est montré très réservé : il a même ajouté que son travail n'était qu'un pamphlet scientifique et qu'il ne pouvait en ressortir qu'un enseignement : *l'innocuité* du traitement local de la maladie et l'excellence de ses résultats immédiats. Nous ne pouvons qu'applaudir à une profession de foi aussi franche, et nous attendrons pour juger une méthode qui ne peut donner de bons résultats qu'à la condition d'être faite avec toute l'antisepsie nécessaire.

Il est un autre enseignement capital que nous tirerons de la lecture des mémoires de MM. Doléris et Porak, enseignement que nous avions puisé d'ailleurs déjà auprès de nos maîtres : c'est que dans la *grande majorité des cas*, la métrite chronique n'est que le résultat lointain d'une septicémie atténuée qui a eu lieu au moment de l'accouchement ou de l'avortement. C'est là un fait que tout médecin devrait avoir présent à l'esprit lorsqu'il assiste une femme dans son accouchement ; malgré les difficultés (prix élevé des solutions antiseptiques, défaut d'habitude des soins de propreté génitale, préjugés, etc.) que peut rencontrer dans la pratique courante l'application de l'antisepsie, le médecin doit se rappeler qu'il ne suffit pas de préserver la femme de la septicémie puerpérale qui tue, enlève en quelques jours et qui devient de plus en plus rare ; mais que, si la femme a des lochies fétides, si elle a une légère élévation de température, elle sera exposée plus tard à la métrite, à l'endométrite... et, par conséquent peut-être au curage et à l'écouvillonnage.

Ce sont là des notions qu'il est utile de répandre dans le public féminin ; nombre de femmes qui ne prennent qu'avec difficulté des précautions pendant les jours qui suivent l'accouchement, seront plus prudentes lorsqu'elles sauront qu'une infraction aux règles de l'antisepsie peut être pour elles le point de départ d'une métrite dont la chronicité n'est pas le moindre ennui.

G. LEPAGE.

(1) *Journal de médecine de Paris*, 15 mai 1887.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Un Médecin par commune !

Monsieur le Directeur du *Concours médical*,

On lit dans le *Figaro* du 28 mai l'article suivant :

« Une réforme bien urgente nous est signalée par un correspondant. Il s'agit des soins à donner aux malades dans les campagnes.

Il existe, en France des quantités de villages où malheureusement les médecins manquent. Le moindre déplacement du docteur le moins éloigné coûte alors des prix inabordables, et les familles pauvres privées des moindres soins, se trouvent réduites, trop souvent, à attendre que le mal ait fait ses derniers progrès pour demander une consultation devenue inutile. Nous pourrions citer des villages, dans la Nièvre par exemple, dans lesquels une consultation de médecin, en raison même du voyage qu'elle entraîne, coûte 10 et 12 francs. Il y a là, un abus. Pourquoi l'administration, dans les villages dont nous parlons, ne favoriserait-elle pas, par tous les moyens possibles, l'établissement d'un médecin ou d'un officier de santé ; *pourquoi n'autoriserait-elle pas les pharmaciens, pourvus de certains diplômes, à donner des consultations à prix réduits ?*

Ce serait faire une œuvre vraiment démocratique que de mettre à la portée de toutes les bourses la santé. »

(*Figaro* du 28 mai 1887.)

Les statistiques les plus précises ont constaté bien des fois combien le nombre des médecins français est excessif. Ce nombre ne fera que s'accroître, parce qu'avec le service militaire universel, bien des familles s'imaginent, à tort, que leur fils courra

moins de dangers à l'ambulance qu'au feu, tandis qu'on sait que la mortalité des médecins militaires dépasse de beaucoup celle des combattants.

Cela dit, le rédacteur de l'entrefilet du *Figaro* devra remarquer que si nous trouvons que le nombre de 15.000 médecins (non compris les médecins militaires et de la marine) est excessif, le corps médical serait absolument ruiné, si, comme il paraît le souhaiter, chacune des 36.000 communes de France devait avoir son praticien !

Nous connaissons, en France, nombre de clientèles d'un produit de 1.200 à 2.500 francs. La plupart des autres rapportent au titulaire de 3 à 7.000 francs. Les clientèles au-dessus de ces chiffres sont des exceptions.

Il est aisé de souhaiter un médecin par village ! Mais nous voyons difficilement l'*Administration-Providence*, créant de toutes pièces 20.000 nouveaux médecins. En admettant qu'elle parvînt à les produire, il faudrait ensuite les pourvoir d'un salaire minimum de 3 à 4.000 fr., à moins de les condamner à la blouse et à la portion congruë du cantonnier. Six à huit années d'études médicales après les baccalauréats, etc., méritent sûrement un traitement aussi modeste que celui que nous fixons.

Voyez-vous, en l'état de nos finances, le vote qu'émettraient nos législateurs sur la proposition de consacrer, à la médecine de village, la modeste somme annuelle de 80 millions ! !

Il est vrai que le rédacteur du *Figaro* ajoute :

« *Pourquoi n'autoriserait-elle pas les pharmaciens pourvus de certains diplômes à donner des consultations à prix réduit ?* »

Que le rédacteur se rassure : les pharmaciens délivrent des consultations à tour de bras, mais ils ne sont que 8,000 et ce ne sont pas eux qui voudraient aller au *village* et abandonner leurs officines pour se transporter dans les localités voisines, en vue d'y exercer la médecine.

Comment, d'ailleurs, l'idée plus simple de faciliter la circulation du médecin, qui, lui, est fait pour exercer la médecine, n'est-elle pas venue à l'esprit de l'écrivain ?

Nous tenons à le rassurer. Oui, sur les 36,000 communes, il y en a à peine un quart qui possèdent un médecin résidant.

Mais, par contre, à peu près tous les médecins de France visitent plusieurs communes chaque jour.

Depuis la loi sur les chemins vicinaux, depuis l'amélioration de la viabilité, depuis l'établissement des chemins de fer, l'exercice des médecins s'est accru dans une proportion plus que double, quoique leur nombre n'ait pas très notablement augmenté. Lorsqu'il n'y avait pas de chemins vicinaux, qu'il n'existait que des sentiers, le médecin faisait moitié moins de visites, en moitié plus de temps.

Il y a trop de médecins, et si dans la Nièvre un voyage de médecin coûte 10 à 12 francs, cela tient à une cause toute différente de l'éloignement du médecin, de son absence. Dans ce pays de l'*exercice illégal* du sorcier, du rebouteur, du pharmacien, le paysan n'appelle le médecin qu'après avoir épuisé l'arsenal du *charlatanisme*. — Il appelle le médecin pour savoir de quoi il va mourir et il a bien soin, lors de la visite, de stipuler qu'on ne la renouvellera que s'il en fait l'invitation à son Hippocrate campagnard. Cette invitation ne vient d'ordinaire que pour la constatation du décès. Comment, dans de telles conditions, une visite à 8 ou 10 kilomètres à l'aller et autant au retour, serait-elle moins payée que le prix que le médecin payerait lui-même au loueur de voiture ?

Eh bien, Monsieur le Rédacteur du *Figaro*, puisque vous recherchez le remède à une situation défectueuse, veuillez nous aider, nous, médecins, à obtenir non une subvention annuelle de quatre-vingts millions (nous refusons vos présents, Artaxercès !!), mais des réformes plus pratiques.

1° Que les Compagnies de chemins de fer admettent tous les médecins au parcours gratuit dans leur rayon d'exercice,— à plus forte raison les chemins de fer de l'Etat !

2° Qu'on dégrève de la patente les médecins qui refusent les millions.

3° Que la loi reconnaisse que le médecin doit être payé, et que la dette contractée envers lui ne se prescrive pas au bout d'un an.

4° Que la faillite de son client le laisse privilégié aussi bien que la mort de son patient, à moins qu'on ne préfère que dans son intérêt le médecin ne se fasse un devoir d'envoyer *ad patres* tous ses clients gênés dans leurs affaires.

5° Que le médecin ait seul le droit de faire de la médecine et que les procureurs de la République soient tenus de poursuivre l'exercice illégal avec autant de sévérité que le braconnage.

6° Que la Société prenne à sa charge la veuve et les orphelins des médecins victimes de leur dévouement. A ces conditions et quelques autres, telles que la suppression de la bêtise humaine, qui incite l'*ignorant* comme le *dirigeant* à faire autant de cas de l'avis du sorcier que de celui d'un Dupuytren, le corps médical donnera toute satisfaction à l'honorable rédacteur du *Figaro*.

A. C.

Assurance anglaise contre les maladies, accidents etc.

(*The British medical Journal.*)

La réunion trimestrielle du comité général et exécutif de la Société médicale, contre les maladies, de retraites et d'assurances sur la vie a été tenue le mercredi, 13 avril, 38, Wimpole Street, Cavendish Square, W.

Le rapport pour le trimestre constatait que la Société avait été très prospère pendant cette période et que c'était probablement ce trimestre qui avait été le meilleur de ceux écoulés jusqu'à ce jour. Durant ce temps, trente demandes nouvelles avaient été reçues et il n'y a pas eu un seul non payement.

La somme dépensée pour indemnités pour maladies a été de 387 livr. st. 12 sh. contre 475 liv. 4 sh. dans le précédent trimestre, tandis que le revenu pour cette branche de la Société a été de 1,211. liv. st. contre 1.122. Le nombre des membres malades

a été de 32, et l'indemnité de maladie a été payée pendant une période de 123 semaines 4 jours. Les demandes ont été faites pour des maladies de genre et de durée très variables ; quatre membres ont reçu cette indemnité pendant tout le trimestre, tandis que dix autres indemnités ont été payées pendant une semaine seulement, et dix autres pendant une période de moins de trois semaines chacune. Sept demandes (20 % du total) ont été motivées par des accidents, sept par des bronchites ou affections des poumons et voies respiratoires, quatre par des affections du foie et cinq pour rhumatismes. La proportion des maladies a été inférieure à la proportion calculée pour l'établissement des tarifs, et la réserve accumulée dans cette partie des fonds, seule, a été de 7,100 livr. st. Plusieurs lettres ont été reçues reconnaissant l'utilité de la Société, et un membre, qui vient d'être guéri d'une maladie spinale, écrit : « Je dois dire combien j'apprécie la régularité des payements hebdomadaires ; et si tous les médecins savaient le bien que l'on éprouve d'être payé pour un *remplaçant*, et combien cela aide à la guérison, le nombre des adhérents serait d'autant de mille qu'ils sont de cent actuellement. »

La branche « retraites » a reçu une augmentation grâce au nouveau règlement, qui, moyennant un payement supplémentaire relativement minime, assure aux participants d'avoir la plus grande proportion du taux fixé primitivement, payé à leurs ayants droit, en cas de décès avant l'âge de 65 ans; 123 membres ont converti leur contrat à ce système. Le fonds pour assurance sur la vie a aussi augmenté ; et plus de la moitié des 10 % calculés pour frais de gérance a été épargnée, le coût net des frais d'administration n'étant que de 3 3/4 % du revenu, économie sans pareille dans l'histoire des assurances.

La fin de la troisième année financière de son existence, le fonds total de la Société atteint la somme de 16,007 liv. st. qui se sont accumulées de la manière suivante : 5324 liv. st. la première année, 4904 liv. la deuxième et 5779 liv. la troisième année finissant le 31 mars dernier.

Tous renseignements sur la société, les tarifs, tables, formules de demandes et de rapports médicaux, seront adressés franco de port aux médecins régulièrement diplômés et aux licenciés dentistes. S'adresser au secrétaire, M. C. J. Radley, 26, Wynne road, Brixton, London, S. W.

VARIÉTÉS

La prophylaxie de la rage par la méthode de Pasteur.

(Réfutation de MM. Billroth et von Frisch par MM. Pasteur et Grancher.)

I. — *Le traitement de la rage*, par M. Billroth, professeur à l'Université de Vienne.

Il y a déjà plus d'un an que nous est arrivée, de Paris, la nouvelle extraordinaire qu'on pouvait rendre inoffensive une des maladies les plus affreuses qui existent, maladie toujours mortelle, inoculée parfois à l'homme par la morsure d'un chien, autrement dit la rage, en injectant sous la peau de la personne mordue, le virus rabique atténué par un procédé artificiel. Les médecins, il est vrai, acceptaient en hochant la tête les hypothèses qui avaient conduit à ce traitement l'ingénieux chimiste Pasteur. Mais Pasteur affirmait avoir pour lui le succès. Il croyait en sa méthode, et il trouva bientôt des partisans fanatiques. Toute la France se prit d'enthousiasme pour cette féconde découverte : on applaudit à l'illustre académicien, déjà connu avec raison par d'éminents travaux. On ne peut en vouloir aux Français d'avoir applaudi si haut à la nouvelle découverte, eux qui, depuis bientôt 20 ans, non seulement n'ont pas fait de grands progrès dans le domaine de la médecine scientifique et de la chirurgie, mais qui suivent avec peine et d'un pied boiteux le progrès colossal de la science allemande et anglaise.

La féconde découverte de Jenner, qui permet, en inoculant du pus enlevé à une vache, de préserver l'homme le plus souvent du redoutable virus de la petite vérole, ou du moins qui affaiblit dans d'autres cas son action, cette découverte est, malgré de nombreuses attaques, à tel point incontestable par suite des statistiques faites avec beaucoup de soin, qu'elle ne soulève plus aucun doute pour les hommes intelligents qui s'occupent de cette question. Aussi, lorsque Pasteur affirma qu'il était en état d'atténuer le virus de la rage, que les inoculations de ce virus atténué, non seulement ne faisaient pas de mal aux chiens, mais encore les préservaient des atteintes du virus rabique frais, tel qu'on le trouve dans la salive des chiens pris de rage, cette affirmation sembla très plausible, par analogie avec la vaccination de la petite vérole.

Cependant, il y avait là une différence qui ne pouvait échapper à un médecin. L'homme inoculé avec le vaccin de la petite vérole est atteint, en réalité, d'une maladie bénigne. Des boutons surviennent au point d'inoculation : souvent il se produit un peu de fièvre et tout indique que l'inoculation a eu pour suite une maladie, maladie bénigne, il est vrai. Mais chez les animaux inoculés avec le virus rabique atténué, on n'observe nullement de symptômes morbides. De ce fait que les animaux inoculés par Pasteur et mordus ensuite par un chien enragé ne succombent pas à la rage — ou du moins ne succombent pas tous — on doit conclure :

1° Que ces animaux inoculés ont eu une rage bénigne.

2° Que c'est en conséquence de cela qu'ils ne sont pas tombés malade après morsure d'un chien enragé.

Or, il est connu depuis longtemps que les morsures de chiens enragés n'ont une action funeste que dans un très petit nombre de cas, car l'introduction du virus dans le corps de l'individu mordu dépend de plusieurs circonstances. Lorsque la morsure — ce qui arrive souvent — a seulement produit une égratignure de la peau, sans qu'il y ait blessure, le virus peut très bien ne pas avoir pénétré. Quand la morsure a fait une blessure ayant fortement saigné ou que la blessure est lavée aussitôt à grande eau, le virus peut aussi être enlevé par ce traitement. Si le chien a mordu à plusieurs reprises et si ses glandes salivaires sont presque vides, sa gueule sèche, sa morsure est pour ainsi dire sans action. Malgré un grand nombre de doutes bien fondés sur la valeur réelle des expériences de Pasteur, on ne put, comme je l'ai dit, éloigner toute analogie avec la vaccination Jennerienne et l'on vit dans les communications de Pasteur, tant qu'elles eurent rapport aux inoculations sur des chiens, un rapport intéressant nos connaissances scientifiques

sans qu'on en tirât aucune conséquence pratique.

Mais Pasteur alla plus loin; il soutint qu'un animal ou qu'un homme infecté sûrement, par morsure, du virus rabique frais (rage des rues), pouvait être préservé de la maladie et sauvé d'après certains procédés, par l'inoculation ultérieure du virus rabique atténué. Cette affirmation s'éloigne tellement de ce qui se passe dans les autres vaccinations qu'elle souleva, avec raison, un grand étonnement et de sérieuses réflexions chez tous les médecins.

Les services scientifiques rendus par Pasteur dans la théorie des fermentations, surtout dans la question des *générations spontanées*, ont une importance si grande et si féconde qu'ils peuvent figurer sans contredit parmi les progrès les plus grands qui ont été faits de notre temps dans le domaine scientifique. Bien que d'autres travaux de Pasteur, par exemple, le côté pratique de ses travaux sur le charbon (là aussi Pasteur crut avoir le succès); aient été démontrés comme n'étant pas soutenables par l'école de Berlin, ce léger *fiasco* du grand chimiste sur le terrain vétérinaire médical n'empêcha pas le monde savant tout entier de suivre avec sympathie le grand Français dans ses expériences sur la rage.

Mais l'homme se comporte d'une façon toute particulière, et celui qui s'adresse à lui pour le soumettre à des expériences avec des virus, doit avoir auparavant acquis une grande certitude par des expériences sur des animaux. Quelque besoin que nous ayons de trouver des héros et d'adorer le génie comme une manifestation d'un esprit supérieur, dès qu'il s'agit de notre vie — et chacun de nous peut avoir le malheur d'être mordu par un chien enragé — il faut savoir commander à son enthousiasme et c'est le devoir des savants sérieux et calmes de prévenir en pareil cas les conséquences pratiques trop hâtives d'observations qui ne sont pas suffisamment appuyées sur des expériences.

Le professeur A. von Frisch fut envoyé à Paris, chez Pasteur, pour y étudier la méthode nouvelle. Que ce voyage eût été nécessaire, c'est encore là un détail curieux de la question. Pasteur avait décrit ses procédés d'inoculation d'une façon si peu précise et donné si peu de détails sur ses expériences qu'il n'était pas possible de travailler après lui sans autres indications. Il restait un certain mystère dans la publication de ses méthodes et de sa manière de faire. Ce n'est pas ce qui se passe d'ordinaire dans la science. Mais il avait plu à Pasteur de ne communiquer ses découvertes que dans une suite d'aphorismes et nous ne lui en ferons pas de reproches, puisqu'il est un homme de génie bien reconnu.

Personnellement Pasteur accueillit M. le professeur von Frisch de la façon la plus bienveillante. Voyons ce qu'en dit M. von Frisch lui-même : « Avant tout, je suis redevable à M. Pasteur de la « façon bienveillante avec laquelle il a mis à ma dis« position tous les matériaux nécessaires à l'exécu« tion de mes expériences sur la rage. Il est bien « entendu que c'est sans parti-pris et sans préven« tion que j'ai commencé mes travaux et ce m'eût « été bien franchement une grande joie, si j'avais « pu confirmer en entier les résultats de Pasteur. « Mais ce n'est pas le cas. Les grandes espérances « qu'avaient suscitées les découvertes de Pasteur, « surtout en ce qui regarde l'application de son trai« tement à l'homme après morsure, ne semblent « pas devoir se réaliser. »

Le premier chapitre du travail de von Frisch est un résumé de tous les travaux de Pasteur sur la rage. Nous y apprenons que l'idée importante de la transmission de la rage par inoculation avec la moelle n'appartient pas à Pasteur, mais à Duboué et à Galtier. Le deuxième chapitre traite de la production expérimentale de la rage. Dans le troisième chapitre, von Frisch parle des inoculations préventives; dans le quatrième, de la façon de donner l'immunité contre la rage.

Dans le cinquième chapitre, von Frisch soumet la statistique Pasteur à une analyse critique, et enfin, il termine en présentant au lecteur les tableaux détaillés de ses propres expériences.

Ce n'est pas le lieu ici de rapporter, même succinctement, le contenu de ces différents chapitres.

La forme sévère et absolument scientifique, l'analyse simple et logique et l'exposition de ce travail le rendent trop difficilement abordable à un profane pour qu'il puisse suivre dans le détail qu'il faudrait ces recherches expérimentales et critiques. L'homme de l'art lui-même a quelque peine, dans une pareille étude, à suivre pas à pas tous les différents changements de la pensée et les séries d'expériences toujours nouvelles que ces changements nécessitent. Mais cela est absolument nécessaire pour suivre toutes les objections ingénieuses et les détours habiles de Pasteur dans sa lutte avec la question elle-même et avec son adversaire, qui ne laisse pas passer le plus petit écart de la droite ligne. Il faut penser, en étudiant ce mémoire, qu'il s'agit de recherches des plus difficiles, ayant pris plus d'un an d'études, et qui n'ont pu être menées à bien que grâce à un travail acharné, continué jour et nuit, avec l'assistance dévouée de fidèles collaborateurs (Dr Francisci et Dr R. Eder) et grâce à l'appui matériel inépuisable donné par l'Institut polyclinique.

Quel est donc, en résumé, le résultat le plus important pour l'homme, de ce laborieux travail? Cette question trouvera le mieux sa réponse dans la phrase 10 de la page 103 de l'auteur :

« Les lapins et les chiens, soumis au dernier pro« cédé intensif d'inoculations (de Pasteur) appliqué « à l'homme, sans qu'ils aient reçu un autre mode « d'infection, *ont tous pris la rage par ces vacci« nations. On peut donc en conclure avec grande « vraisemblance que cette méthode d'inocula« tion est ainsi liée à un sérieux danger pour « l'homme.* »

Les inoculations Pasteur ne sont donc pas seulement d'une valeur problématique comme vaccinations sur les animaux et sur l'homme — ce que von Frisch démontre dans les chapitres antérieurs — mais il n'est pas impossible que des hommes bien portants aient été rendus enragés artificiellement par ce procédé, c'est-à-dire, *sans phrase* (sic), aient été tués.

On a reproché à Pasteur le droit qu'il prenait en partant de ses expériences d'inoculer des hommes avec du virus rabique. Ce reproche lui a été fait, d'ailleurs, de plusieurs côtés. Non seulement en France même, mais aussi en Belgique, en Espagne, en Italie, en Russie, des voix se sont élevées contre lui. Mais c'est au savant autrichien que revient le mérite d'avoir élucidé cette question de la façon la plus solide par le travail le plus étendu et avec les procédés les plus complets et d'avoir prévenu l'humanité du danger que présente le traitement Pasteur.

C'est dans un style modeste et vraiment scientifique que von Frisch termine son travail ainsi qu'il suit :

« Je termine par ces propres mots de Pasteur (25

« février 1884) : Mais avant la réalisation de cette « espérance, un long chemin reste à parcourir.(Oui « certes, le chemin est long...)« Puisse-t-il être par- « couru bientôt avec succès! Mais auparavant il ne « me semble pas justifié de faire de l'homme le sujet « d'expériences douteuses. »

Nous sommes heureux de constater que cet important mémoire donne un nouveau prestige à notre Ecole de Vienne et qu'il est le témoignage du triomphe remporté par ce travail d'un Autrichien dans le domaine de la science et de l'humanité.

— (*Nouvelle Presse de Vienne*).

II. — *Réponse de M. Grancher* (1), Professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Nous n'avons pas l'intention de nous livrer à une critique « en règle » du livre de M. von Frisch et de son panégyriste — mais il nous sera bien permis de sourire des moqueries que le chirurgien Viennois adresse au chauvinisme Français, quand il pose son compatriote, M. von Frisch, en adversaire heureux de M. Pasteur. Pour un peu, MM. Duboué, Galtier et Frisch auraient fait la rage ce qu'elle est aujourd'hui; M. Pasteur ne viendrait qu'en second rang.

Jusqu'ici M. Billroth était apprécié comme chirurgien, mais non pas comme expérimentateur, et nous craignons qu'il ne perde quelque chose de sa bonne renommée sur un terrain dangereux qu'il ne connaît pas. Comment sa gravité scientifique peut-elle s'accommoder d'une appréciation si précipitée de l'œuvre de M. von Frisch, qui n'a subi encore aucune discussion ? M. Billroth eût agi plus sagement, peut-être, s'il eût attendu que M. Pasteur, qui n'a reçu le travail de M. von Frisch que le 5 mai, eût eu le temps de le lire et de dire ce qu'il en pense.

Ce que M. Billroth dit de la science française et de son état de marasme depuis 20 ans prouve qu'il connaît mal le mouvement scientifique de notre pays. Nous aurions mauvaise grâce à rappeler ici les travaux et les noms de savants qui se défendent et s'imposent d'eux-mêmes. Mais M. Billroth est assurément de bonne foi, et il les ignore comme il ignore l'histoire du charbon et des vaccinations charbonneuses. A l'en croire, la découverte de l'atténuation des virus et de la vaccination par les virus atténués « *a fait fiasco* ».

M. Billroth ignore que le laboratoire de Berlin, qu'il invoque intempestivement, ne nie plus l'atténuation des virus ; il ignore aussi que la pratique des vaccinations charbonneuses s'étend chaque jour, en France et à l'étranger, et que des laboratoires de vaccinations charbonneuses fonctionnent à Vienne (Autriche-Hongrie), à Turin, à Madrid, à Buenos-Ayres, que d'autres vont se fonder prochainement en Russie et... ailleurs. Pour son instruction, nous empruntons à un rapport de M. Chamberland — rapport destiné au prochain Congrès de Vienne — les deux tableaux ci-joints qui donnent le mouvement des vaccinations pour la France dans les cinq dernières années.

Années	Moutons vaccinés	Mortalité.
1882	243,199	1,08 0/0
1883	193,119	0,77 —
1884	231,693	0,97 —
1885	280,107	0,90 —
1886	202,064	0,75 —

Chez les moutons non vaccinés la mortalité par le charbon est de 10 0/0.

(1) *Bulletin Médical*, 18 mai 1887.

Années	Bœufs ou vaches vaccinés.	Mortalité.
1882	22,916	0,35 0/0
1883	20,901	0,35 —
1884	22,616	0,37 —
1885	21,073	0,50 —
1886	22,113	0,28 —

Chez les bœufs ou vaches non vaccinés, la mortalité par le charbon est de 5 0/0.

Le gouvernement Italien frappé de ces résultats, n'a pas attendu la fin de l'année 1886, pour recommander, par une circulaire officielle du 17 septembre 1886, la vaccination charbonneuse à ses agriculteurs.

Nous pouvons apprendre à M. Billroth que la vaccination du rouget des porcs se fait déjà sur une grande échelle, tant en France qu'à l'étranger, puisque le nombre des porcs vaccinés s'est élevé de 3,216 en 1883, à 19,741 en 1886.

Enfin, nous ajouterons qu'on vaccine contre le charbon symptomatique, — si bien étudié par l'école de Lyon, — en France, en Suisse, en Autriche, en Allemagne, etc..., que le nombre des animaux vaccinés dans ces divers pays dépasse 40,000 pour l'année 1886 et que la mortalité, par la pratique de la vaccination, est devenue sept fois moins grande sur les troupeaux vaccinés.

Cela suffit-il à prouver que la découverte *française* de l'atténuation des virus et de la vaccination par ces virus atténués fait *fiasco* ?

Il en sera de même pour la rage, qui n'est qu'une des applications de cette découverte, et le temps n'est pas loin où M. von Frisch pourra relire avec fruit les paroles que M. Pasteur adressait le 5 octobre 1882 à M. le docteur Klein, dont les expériences sur le charbon contredisaient les siennes :

« La découverte de l'atténuation du *virus* et « l'utilité de ses applications..... a été tant de fois « contrôlée dans divers pays qu'il n'y a plus à « revenir sur sa démonstration. Elle est acquise à « la science.

« Qu'un expérimentateur, quel que soit son mé- « rite, — et je sais que le docteur Klein en a beau- « coup, — échoue dans le contrôle nouveau qu'il en « veut faire, c'est à lui, dans l'état actuel de la « science, de rechercher les motifs de son échec. »

On a pu lire quelques jours après dans le *Bulletin médical* :

« Il y a quelques jours, nous avons eu l'occasion de causer avec un de nos confrères Viennois, de passage à Paris, et qui est très au courant de tout ce qui se passe dans le monde médical en Autriche. Comme il était à Vienne au moment où parut dans *La Nouvelle Presse* la lettre de M. Billroth, que nous avons publiée, nous lui avons demandé ce qu'il en pensait et quelle avait été l'impression de nos confrères Viennois.

Voici ce qu'il nous a dit : « La lettre de Billroth, publiée dans un journal politique, n'a pas été envisagée comme un événement scientifique. Beaucoup ont pensé que l'illustre chirurgien avait tout simplement voulu mettre en évidence le livre de son élève von Frisch sur la rage. Nous considérons tous Billroth comme un chirurgien de génie (*sic*), ce qui ne l'empêche pas de commettre de temps en temps des petites bêtises (*sic*) que nous connaissons bien, nous Viennois, et auxquelles on n'attache plus d'importance. L'article n'a fait aucun bruit dans les cercles sérieux de la ville, et vous auriez tort en France d'attribuer à ce document une valeur qu'on ne lui a même pas reconnue à Vienne. »

Enfin M. *Pasteur* vient d'adresser au Président de la Société Impériale et Royale de médecine de Vienne la lettre ci-jointe :

Monsieur le Président,

« Je vous serais fort obligé de me permettre de déposer sur le bureau de votre savante Compagnie la réfutation ci-jointe de la brochure récente de M. le docteur von Frisch sur la rage.

Veuillez, etc.

Le Dr von Frisch, envoyé par la Polyclinique de Vienne, vint à Paris en 1886, suivre dans mon laboratoire la méthode de la prophylaxie de la rage. Au moment de son départ pour l'Autriche, je lui fis remettre des lapins inoculés qui devaient lui fournir la matière première de ses recherches. Celles-ci eurent pour objet le contrôle des faits servant de base à la méthode de prophylaxie de la rage.

Leurs premiers résultats (septembre 1886) furent très défavorables à cette méthode. Une seconde publication fut faite par M. von Frisch, le 30 décembre, sous forme de seize propositions qui condamnaient également, sans réserve, les principes de la méthode. A la même époque, les professeurs de Renzi et Amoroso, de Naples, et M. Abreu, de Lisbonne, firent paraître, de leur côté, des expériences non moins contraires à cette méthode que celles du professeur von Frisch.

Je ne parlerai pas ici des expériences de MM. de Renzi, Amoroso et Abreu. La critique en a été faite dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, n° du 25 mars dernier, par le Dr Gamaleïa, sous-directeur du Laboratoire antirabique d'Odessa, qui en a montré toute l'incorrection.

Les publications de M. von Frisch semblèrent tout d'abord mériter un examen beaucoup plus attentif. La forme brève et absolue qu'il donna à ses conclusions, sans y joindre des détails d'expériences, sans qu'on pût apprécier les motifs des assertions de l'auteur, tout pouvait paraître décisif à un lecteur mal préparé. C'est seulement dans les premiers jours du mois de mai que le professeur von Frisch livra au public l'ensemble de son travail dans une brochure de 150 pages environ.

A peine avait-elle paru, que le célèbre chirurgien Billroth en fit l'éloge dans un article inséré au n° du 12 mai de la *Nouvelle presse libre* de Vienne. C'était, disait-il, « un important travail qui ajoutait un nouveau prestige à l'école de Vienne ».

Dans ce même article, M. Billroth, après avoir fait un très gracieux éloge de mes travaux d'autrefois, déclare que sur le terrain médical vétérinaire par la vaccination charbonneuse, et sur le terrain médical proprement dit, par la vaccination rabique, je me suis complètement trompé. Il emploie même l'expression vulgaire de *Fiasco*. Au sujet de la vaccination charbonneuse, M. Billroth n'a fait que répéter ce qui avait été dit jadis par l'école de Berlin, dont il invoque le témoignage sans paraître se douter que ces critiques déjà lointaines ont été réfutées par les faits, et que l'école de Berlin a changé d'opinion.

Il suffit de se reporter aux tableaux de ces cinq dernières années :

Tableaux donnant le mouvement des vaccinations pour la France, dans les cinq dernières années :

Années.	Moutons vaccinés.	Mortalité.
1882	243.199	1.08 0/0
1883	193.119	0.77 —
1884	231.693	0.97 —
1885	280.107	0.90 —
1886	202.064	0.75 —

Chez les moutons non vaccinés, la mortalité par le charbon est de 10 0/0.

Années.	Bœufs ou vaches vaccinés.	Mortalité.
1882	22.918	0.35 0/0
1883	20.901	0.35 —
1884	22.616	0.37 —
1885	21.073	0.50 —
1886	22.113	0.28 —

Chez les bœufs ou vaches non vaccinés, la mortalité par le charbon est de 5 %.

Sur le point spécial de la rage, M. Billroth, qui n'apporte aucune expérience personnelle, se contente de donner une adhésion complète aux faits et aux conclusions du Dr von Frisch. C'est donc de l'œuvre de ce professeur que je vais parler.

Le mémoire du Dr von Frisch est dominé à la fois par une préoccupation de priorité et par certaines vues théoriques.

Pendant le séjour de M. von Frisch dans mon laboratoire et au cours de nos entretiens, je lui avais parlé d'expériences encore inédites. Il s'agissait de la possibilité de vacciner les chiens même après l'inoculation intra-crânienne du virus de la rage des rues.

J'attribuais à ces expériences une importance capitale par la confiance qu'elles doivent inspirer relativement à l'efficacité de la méthode de prophylaxie de la rage. Nulle morsure, en effet, ne peut être comparée, dans la gravité de ses conséquences, à une introduction du virus rabique à la surface du cerveau, puisque la rage en est la suite dans tous les cas. Vacciner dans ces conditions était la preuve irréfutable de la valeur de la méthode de prophylaxie de la rage.

En lisant, au début de la brochure de M. von Frisch, que l'idée de ce genre d'expérience lui appartenait, ma surprise fut grande. Il me suffira, pour remettre les choses à leur place, de dire que précisément au moment où M. von Frisch a fréquenté mon laboratoire, d'autres savants avaient reçu de moi la même confidence que j'avais faite à M. von Frisch de mes expériences de vaccination après inoculation à la surface du cerveau. Je citerai notamment MM. les professeurs Burdon-Sanderson et Victor Horsley, membres tous deux de la Commission anglaise pour la rage. Je citerai également le Dr Gamaleïa qui, dans son rapport à la Société médicale d'Odessa le 7-19 juin 1886, s'exprime ainsi à la page 6, longtemps avant toute publication de M. von Frisch : « M. Pasteur a prouvé qu'il « est possible, dans quelques cas, de prévenir la « rage, même après l'inoculation par trépanation ».

Je n'aurais peut-être pas insisté sur ce point de priorité si M. von Frisch ne lui avait donné une importance extraordinaire, en affirmant que le genre d'expériences dont je parle, c'est-à-dire l'inoculation de la rage des rues, à la surface du cerveau, suivie de la vaccination, est seule capable de permettre un jugement sur l'efficacité de la méthode de prophylaxie de la rage.

Ce raisonnement est inadmissible. Il est tellement inexact que l'efficacité de la méthode de prophylaxie de la rage soit sous la dépendance des succès de la vaccination après trépanation, que cette méthode

ne serait nullement intéressée dans les cas même où toute vaccination après inoculation par l'opération du trépan serait impossible.

La vaccination, dans de telles conditions, n'est-elle pas une chose tout à fait particulière? N'est-elle pas, ainsi que je l'ai appelée ailleurs, un tour de force expérimental? C'est uniquement à titre de preuve *a fortiori* que j'ai tenté la vaccination après inoculation à la surface du cerveau. Ce qui est vrai, c'est que, à Odessa, le Dr Bardach, qui a relaté 10 réussites sur 25 essais, a confirmé l'exactitude de mes résultats.

D'autres circonstances infirment entièrement la portée de la plupart des expériences du Dr von Frisch. Je ferai observer en premier lieu, que ses expériences ont porté, pour le plus grand nombre, sur des lapins et non sur des chiens; or, il n'est aucune de mes expériences relatives à la méthode de vaccination qui n'ait été faite sur des chiens, jamais sur des lapins. Fort souvent, nous avons eu l'occasion de constater que les lapins comme les chiens peuvent être rendus réfractaires à la rage. Je me souviens de l'un d'entre eux qui a subi à trois reprises, et à longs intervalles, l'inoculation à la surface du cerveau, mais je répète que je n'ai jamais tenté avec suite la vaccination de cette espèce animale, ni personne autour de moi, et pas une seule fois nous n'avons essayé de vacciner un lapin après inoculation par trépanation. Est-ce possible, est-ce impossible? Je l'ignore, et cela ne me touche nullement. Je ne doute pas cependant qu'il soit facile de modifier la méthode qui sert pour les chiens et pour l'homme, et de la rendre applicable à l'espèce lapin; encore faudrait-il craindre qu'elle ne fût pas d'un succès sûr en se servant des vaccins empruntés à des moelles de lapins rabiques dont le virus a pris une très grande accoutumance à se cultiver dans cette espèce.

Non seulement, M. von Frisch a eu le tort, puisqu'il voulait contrôler mes expériences, d'opérer principalement sur des lapins, mais il a en outre commis une autre faute grave. Fréquemment, et, jusqu'au jour où il fut averti de sa méprise, il a suivi après l'inoculation par trépanation la méthode lente de vaccination qui sert pour l'homme, sans réfléchir que la rage se déclarant assez promptement après la trépanation, il est nécessaire de ne pas mettre dix jours à vacciner parce que le terme de l'opération devient trop voisin du moment de l'explosion de la rage.

Je sais que M. von Frisch a reproduit quelques expériences sur les chiens en se plaçant dans de meilleures conditions; il nous apprend qu'il n'a pas réussi davantage dans sa tentative de vaccination.

J'ajoute enfin que le Dr von Frisch a échoué encore, soit sur des lapins, soit sur des chiens, non plus en essayant de vacciner après trépanation, mais en pratiquant la vaccination sans infection préalable quelconque. Rien de plus grave assurément pour la méthode de prophylaxie de la rage si les assertions de M. von Frisch étaient justifiées. Aussi, l'éminent Dr Billroth souligne ces dernières expériences d'une façon toute particulière.

Je suis contraint d'entrer ici plus à fond dans le détail des expériences de M. von Frisch, parce que nous allons y rencontrer des faits d'une gravité exceptionnelle qui, à eux seuls, suffisent à jeter la plus grande défaveur sur tout le travail de ce savant.

On lit, page 99 de la brochure de M. von Frisch: Trois chiens et dix lapins sont vaccinés par la méthode intensive en dix jours et trois traitements. Ils sont tous morts excepté un lapin; les durées d'incubation ont été de 3 à 23 jours. En partant de ceux de ces animaux qui ont eu notamment une durée d'incubation de 5, 6, 6, 12, 13, 14, 17, 17 jours, on fait sur des lapins des inoculations de contrôle par trépanation. Ces lapins meurent avec des durées d'incubation de 7 à 19 jours.

A la page 94, le Dr von Frisch a vacciné également sans infection préalable quatorze lapins et quatre chiens. Trois chiens et un lapin résistent. Les autres meurent, un de septicémie, le reste de rage après des périodes d'incubation variant de 5 à 19 jours. Il fait ensuite des inoculations de contrôle toujours à des lapins, par trépanation, en se servant des bulbes des animaux morts. Cette fois, deux lapins restent vivants, deux meurent de septicémie et douze après des durées d'incubation de 1 à 38 jours.

En d'autres termes, et pour ses deux séries d'expériences XII et XIV de vaccination sans infection préalable, le Dr von Frisch n'a retrouvé dans 26 lapins de contrôle, que d'une manière exceptionnelle, le virus des inoculations préventives.

Ces faits ruinent non seulement les expériences dont il s'agit, mais encore ils ébranlent toute confiance dans le travail entier du Dr von Frisch. On doit en conclure que le Dr von Frisch, ou bien opère mal, ou bien a laissé s'altérer entre ses mains le virus que je lui avais remis quand il a quitté Paris.

Non seulement M. von Frisch a rencontré souvent soit dans des expériences de vaccination, soit dans des inoculations de contrôle des durées d'incubation tout à fait insolites, mais il signale à diverses reprises, et nous en avons eu un exemple tout à l'heure, des morts par septicémie. Ce dernier fait est incompatible avec des manipulations sévères.

J'ai donné une preuve de la faiblesse de l'argumentation du Dr von Frisch, en signalant sa prétention de placer le critérium de l'efficacité de la méthode de prophylaxie de la rage dans le succès des vaccinations après trépanation. Ce défaut de logique de l'expérimentateur viennois éclate à un bien plus haut degré dans les circonstances suivantes: Je me trouvais en Italie, lorsque parurent les expériences faites à Naples par les Drs de Renzi et Amoroso. J'écrivis au directeur du journal *le Pungolo* de Naples une lettre datée de Bordighera, le 9 février 1887, dans laquelle se trouve le passage suivant: « Le Dr Frisch a fait des expériences sur des chiens et a inoculé par trépanation le virus de la rage des rues. Il n'a pas réussi, je le regrette, mais j'oppose à ses essais des résultats positifs contre lesquels tombent tous les faits négatifs qu'il a pu obtenir. »

M. le Dr von Frisch reproduit dans sa brochure à la page 107 cet alinéa de ma lettre au *Pungolo* et il ajoute: « J'accorde que des résultats négatifs ne prouvent rien contre des résultats positifs, mais de quel droit Pasteur traite-t-il mes résultats de négatifs? Ne sont-ce pas plutôt les siens qui sont négatifs et les miens positifs? »

Cette opinion de M. von Frisch ne soutient pas la discussion; qu'on en juge:

1° L'inoculation à la surface du cerveau entraîne toujours la mort des chiens par rage. Sur ce point, tout le monde est d'accord.

A cette première assertion, j'ai joint celle-ci:

2° La vaccination est possible même après inoculation à la surface du cerveau.

N'est-il pas de toute évidence que si l'on réussit dans un tel mode de vaccination, on a le résultat positif? Il est souverainement illogique de dire le contraire. Telle est cependant la prétention de M. von Frisch.

Je n'en finirais pas de relever tout ce qui est défectueux dans la brochure de cet observateur. Que d'affirmations sans preuves sérieuses dans tout ce qu'il dit des statistiques de la rage, des grandes morsures comparées aux petites, etc., etc.

La Société se souviendra peut-être que l'atténuation des virus et la méthode des vaccinations charbonneuses a donné lieu, il y a quelques années, à des contradictions qui rappellent ce qui se passe actuellement pour la rage.

Le temps a marché et la valeur des méthodes de vaccinations est aujourd'hui confirmée scientifiquement et pratiquement.

C'est encore au temps, qui ne plaide ni le pour ni le contre, mais qui est le juge infaillible en dernier ressort, à dire le dernier mot. Ce dernier mot, je l'attends avec confiance.

J'ajouterai, en terminant, qu'il existe aujourd'hui dans le monde quatorze instituts anti-rabiques fonctionnant quotidiennement.

Paris, le 29 mai 1887.

L. Pasteur.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat médical du Rhône

I. M. Fochier, président, à la dernière séance du Syndicat, donne le résultat de ses démarches au sujet de *l'enregistrement des diplômes.*

La préfecture lui a promis qu'on donnera au médecin un récépissé de son diplôme, ou en dix minutes on apposera sur le diplôme un visa et la griffe du secrétaire général. Cette question est donc réglée et, sur la proposition de M. Albert, cette solution sera communiquée à la presse médicale. Les médecins n'auront plus aucune raison à faire valoir pour ne pas obéir à la loi.

II. La Chambre syndicale de l'Association des médecins du Rhône, consultée dans la séance du 25 mai 1887 par un de ses membres sur la question suivante : « Un médecin se livrant à l'exploitation d'un remède dont il ne fait pas connaître la formule, exploitation par la voie de la publicité ou par promesse de remises à des intermédiaires chargés de lui fournir des clients, est-il considéré par le Syndicat médical comme contrevenant aux règles de l'honorabilité professionnelle ? »

A l'unanimité, la réponse a été affirmative.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Méthode pour provoquer l'anesthésie (*Trépant*).

Le malade prend tous les cinq minutes une cuillerée à bouche de ce sirop :

Sirop de morphine........ 45 grammes.
Sirop de chloral............ 3

La potion est ainsi absorbée en vingt minutes. On donne alors le chloroforme en inhalation. Le malade s'endort rapidement, il ne vomit pas et obtient un sommeil prolongé.

On a ainsi une anesthésie facile, sans employer beaucoup de chloroforme ; on évite la période d'excitation et les vomissements et on obtient un calme plus profond et plus durable.

(*La Pratique médicale.*)

NOUVELLES

Bibliothèque médicale de l'hôpital St-Louis. — Les médecins et chirurgiens de l'Hôpital St-Louis viennent de fonder dans cet Hôpital une Bibliothèque médicale.

Les fondateurs de cette bibliothèque font appel au concours généreux de tous leurs confrères de la France et de l'étranger pour venir à leur aide dans la réalisation de cette œuvre d'utilité générale et internationale.

On est prié d'adresser les envois à l'hôpital Saint-Louis, à Paris, 40, rue Bichat, sous le nom de M. le Dr Henri Feulard, secrétaire de la bibliothèque.

Les médecins et chirurgiens de l'hôpital Saint-Louis: Ch. Lailler, E. Vidal, Ernest Besnier, A. Fournier, Hallopeau, Quinquaud, Péan, Le Dentu, Porak.

Nos lecteurs savent déjà qu'une épidémie de suette miliaire fait de grands ravages à Montmorillon, canton de Bellac (Haute-Vienne). MM. Brouardel et Chantemesse, accompagnés de 4 internes des hôpitaux de Paris, se sont rendus sur les lieux pour prendre les mesures nécessaires.

— Sur la proposition de M. Lannelongue, le conseil de surveillance de l'assistance publique a décidé d'ajouter une place au concours du Bureau central de chirurgie de cette année.

Cette solution donne satisfaction aux réclamations si légitimes des candidats, que nous avions soutenues avec plaisir.

— Le Dr Dhoste, médecin à bord du paquebot *de St-Germain*, membre du Concours médical, faisant le service de St-Nazaire à Vera-Cruz, a signalé l'apparition d'un cas de *morve aiguë* qui s'est produite à bord du navire. Il s'agit d'un Espagnol embarqué bien portant à la Havane et qui, cinq jours après, présentait les premiers symptômes de la maladie.

Toute médication fut inutile et le malade fut débarqué mourant à Santander.

Toutes les mesures de précaution ont été prises pour assainir le navire.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St André, 3

Neuvième année — N° 26 — 25 Juin 1887

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

L'exercice illégal du zouave Jacob jugé par lui-même.

La magistrature ne prend certes pas au tragique l'exercice illégal de la médecine, nous le savons de reste. Elle est bien obligée quelquefois de poursuivre et de condamner, mais elle n'est pas, au fond du cœur, très convaincue que les délinquants soient bien coupables, et à l'occasion elle leur fait risette. Cette réflexion nous est suggérée par la lecture d'un fait divers de correctionnelle, dont le héros est notre glorieux rival, le zouave Jacob.

Son chien ayant mordu deux enfants, il s'est entendu condamner à 100 francs d'amende. Au cours de l'audience, la « gouvernante » du zouave est venue déclarer que le toutou coupable était d'habitude de la plus débonnaire humeur.

« — Il jouait toute la journée, dit-elle, avec les petits enfants qui venaient voir M. Jacob *pour être soignés et guéris par lui.*

— A propos, demande alors au prévenu M. le président, vous avez été condamné naguère pour exercice illégal de la médecine ; est-ce que, *par hasard,* vous continueriez ?

Le zouave Jacob. — Ma foi, parlons-en de ma condamnation. Elle a fait rire les cinq parties du monde !

M. le président. — Comment cela ?

Le prévenu. — Parbleu ! je ne saignais pas, monsieur le président, je ne médicamentais pas, je ne droguais pas : je me contentais de regarder les gens bien en face et de leur dire : « Allez, vous êtes guéris ! » et ils allaient, et ils étaient guéris ou ils croyaient l'être, ce qui est bien à peu près la même chose. Tenez, une supposition : vous voilà, monsieur le président, vous rencontrez un ami : « Je suis malade, vous dit-il. — Bah ! ce n'est rien, répondez-vous en le regardant ; allez, mon cher, vous êtes guéri. » Eh bien ! que diriez-vous si l'on vous condamnait ? Vous ririez. C'est ce qu'ont fait les cinq parties du monde.

M. le président. — Je ne sais ce qu'a fait l'univers, mais vous, vous auriez bien dû regarder votre chien de telle façon qu'il ne mordît pas les gens ! (Hilarité prolongée.) » (*Le Matin, 19 juin.*)

Que dites-vous de la question naïve ou narquoise du président : « Est-ce que, *par hasard,* vous continueriez à exercer la médecine ? » — Il aurait vraiment tort de se gêner.....

Isolement des maladies contagieuses à Paris (1).

Le conseil municipal de Paris, après avoir discuté le très intéressant rapport de M. Chautemps relativement à l'isolement des maladies contagieuses, vient d'adopter les mesures qu'il propose.

M. Chautemps, après avoir fait une peinture peu flatteuse, mais malheureusement exacte, de l'état d'infériorité dans laquelle se trouve la ville de Paris au point de vue de la prophylaxie des maladies contagieuses, propose au Conseil l'adoption des mesures suivantes :

En ce qui concerne les *varioleux,* la commission dont M. Chautemps est rapporteur propose la création de deux hôpitaux d'isolement en dehors des fortifications.

« Chacun de ces hôpitaux contiendra 75 lits en temps ordinaire, mais, la disponibilité totale de 150 lits pouvant être insuffisante en temps d'épidémie, nous vous proposons d'arrêter, dès aujourd'hui, certaines surfaces choisies autour de ces hôpitaux. Ces surfaces seront bitumées, la canalisation sera exécutée dès à présent et, en cas de besoin, des baraquements pourront y être élevés rapidement de manière à porter à 150 le nombre de lits de chaque pavillon.

D'après les statistiques de l'épidémie de 1881, il

(1) *Bulletin Médical.*

est à présumer que le nombre total de 300 lits serait suffisant. Mais nous avons pensé qu'il fallait, pour être prudent, prévoir une épidémie plus intense que celle de 1881.

Dans cette prévision, voici à quel système nous nous sommes arrêtés : les varioleux, au lieu de rester à l'hôpital pendant toute la durée de la maladie, c'est-à-dire pendant la période aiguë et pendant la convalescence, n'y seront soignés que pendant la période aiguë, soit trois semaines au lieu de six semaines. Au bout de trois semaines ils seront transportés dans un camp de convalescence dont nous vous proposons l'établissement à Créteil.

C'est ainsi que, la période de convalescence étant généralement égale à la période aiguë, nous arrivons à doubler nos ressources sans dépenses appréciables ; de sorte qu'en définitive nous disposerons, s'il en est besoin, de 600 lits.

Mais comment envoyer au loin les varioleux ? Rien n'est plus facile ; au début de l'éruption, les malades sont facilement transportables, et la maladie présente à ce moment des signes tellement certains qu'elle ne peut donner lieu à aucune erreur de diagnostic.

Déjà ils sont envoyés à Aubervilliers. Jamais on n'a eu *à déplorer d'accident*. »

En ce qui concerne la *diphthérie* :

« On peut dire que tous les ans cette affection enlève à Paris un nombre considérable d'enfants venus dans nos hôpitaux pour des affections bénignes.

Notre système consiste à ne conserver dans les hôpitaux d'enfants que les diphthéritiques non transportables ; les autres sont envoyés à l'hôpital extérieur. Celui-ci serait placé aux abords de la porte d'Italie, entre la zone militaire et l'hospice de Bicêtre.

Il arrivera souvent que les parents attendront le dernier moment pour se séparer de leur enfant, et alors il le conduiront à l'hôpital d'enfants le plus voisin, soit en le portant dans leurs bras, soit en louant un fiacre. L'opération étant urgente et le malade n'étant pas susceptible de supporter une demi-heure de voiture, on le gardera dans le pavillon spécial annexé à l'hôpital : si, au contraire, le transport est possible, il aura lieu immédiatement, les stations de voitures d'ambulance étant très voisines des deux hôpitaux d'enfants.

La famille a-t-elle, au contraire, fait appel au service des voitures d'ambulance? une infirmière accompagnera la voiture, et cette femme qui sera exercée, jugera si l'enfant doit être conduit à l'hôpital d'enfants le plus voisin pour y être opéré d'urgence, ou si, au contraire, il peut sans inconvénient être dirigé vers l'hôpital extérieur.

Les diphthéritiques non dirigés immédiatement sur l'hôpital spécial le seront dès qu'ils seront devenus transportables, et, pour ceux-là, l'hôpital extérieur servira d'asile de convalescence.

Le grand avantage de ce système, c'est qu'il n'y aura plus dans les pavillons des hôpitaux d'enfants qu'un petit nombre de diphthéritiques ; moins de malades, c'est moins de personnel, moins d'allées et venues, moins de chances, par conséquent, pour le transport des germes.

En ce qui concerne la *rougeole* :

Pour cette maladie, nous observons la même division entre les transportables et ceux qui ne le sont pas. Pour ces derniers, ils seront soignés dans des pavillons isolés à l'hôpital Trousseau et à l'hôpital des Enfants-Malades. Ceux qui pourront être transportés sans danger seront envoyés à l'hôpital extérieur d'Ivry.

Quant aux diphthéritiques et aux rubéoleux soignés à l'intérieur, ils seront placés, ai-je dit, dans des pavillons rigoureusement isolés. Et je choisis ce moment pour rendre hommage au zèle de M. le directeur de l'Assistance publique. En prévision du vote que vous émettrez, il fait préparer les devis nécessaires pour la construction de ces pavillons

FEUILLETON

La prophylaxie de la syphilis.

Analyse du rapport de M. le professeur Fournier au nom d'une commission nommée par l'Académie de médecine.

« La commission s'est mise promptement d'accord sur les principes suivants, qui constituent la base d'une prophylaxie contre la syphilis :

1° La prostitution crée un *danger public* par les contages vénériens qu'elle dissémine dans la population ;

2° Il est indispensable, au double point de vue de l'hygiène et de la morale, que la prostitution soit *surveillée* et, s'il y a lieu, *réprimée* par les pouvoirs publics ;

3° Le système de la *prostitution libre*, c'est-à-dire non surveillée, est désastreux pour la santé publique ;

4° La *provocation publique*, qui constitue le seul mode de manifestation extérieure par lequel la prostitution puisse être atteinte légalement, doit être combattue et réprimée sous ses diverses formes.

Sur ce dernier point, le seul qui ait donné lieu, au sein de la commission, à des dissidences d'opinion, M. le rapporteur fait remarquer que la *provocation publique*, qui constitue à la fois un scandale public, un exemple de démoralisation et un danger par la quantité incalculable de contaminations dont elle est l'origine, a pris de nos jours un développement inusité, se manifestant sous des formes diverses ou se dissimulant parfois sous des masques trompeurs.

Il y a la *provocation de la rue*, qui fourmille sur les grands boulevards ou dans les rues avoisinantes, de huit heures du soir à une heure du matin ; — la *provocation matinale*, qui se manifeste sous la forme de prétendues *petites ouvrières*, allant à leur ouvrage, un carton ou un paquet à la main ; — la *provocation des boutiques*, qui s'exerce dans certains boutiques vers la rue, notamment dans certains magasins ou faux magasins de parfumerie, de ganterie pour hommes, de photographies, de librairies, de curiosités, etc. ; — la *provocation* qui rayonne autour des collèges, des lycées, des externats, etc., exploitée par de véritables agences de femmes qui guettent les jeunes lycéens aux heures d'entrée ou de sortie, qui les attirent chez elles, qui se procurent leurs adresses et les relancent, même par lettres, jusqu'au domicile paternel ; — la provocation des *brasseries à femmes*, des *brasseries à inviteuses, etc.*, établissements qui, inconnus encore il y a

aux hôpitaux Trousseau et des Enfants-Malades.

Des pavillons spéciaux seront également nécessaires pour la *coqueluche* et la *scarlatine*, qui sont annuellement traitées dans les salles communes, à l'hôpital des Enfants-Malades.

De même, encore, nous avons demandé que la consultation externe se fît dans un pavillon nettement séparé du reste de l'hôpital et constituant une sorte de lazaret où l'on ferait le triage entre les contagieux et ceux qui ne le sont pas. Un interne serait chargé de ce soin.

A l'heure actuelle, vous savez que plusieurs centaines d'enfants sont placés indistinctement côte à côte dans les salles de consultation : souvent on ignore la fillère de tel ou tel cas qui a éclaté sur un point de Paris ; si l'on en recherchait la véritable cause, on trouverait que 13 ou 14 jours auparavant l'enfant a été conduit à la consultation de l'un de nos hôpitaux d'enfants.

Cette réforme était donc urgente.

Je passe au service des voitures d'ambulance. Nous vous proposons de créer deux stations de ces voitures et de les placer dans le voisinage de nos hôpitaux d'enfants. Ces deux stations coûtcront ensemble 150,000 francs.

Quant à la dépense annuelle d'entretien du personnel, je puis vous affirmer qu'il suffirait d'un crédit ne dépassant pas 14,000 francs, en ce qui concerne le personnel de chaque station.

Nous proposons en outre, d'organiser un service public de désinfection des logements, des vêtements et des linges. Trois étuves de désinfection seraient installées dans chaque station, et l'on réaliserait ce que les hygiénistes ont toujours réclamé, à savoir, la séparation absolue en objets contaminés et en objets épurés. »

En ce qui concerne la *fièvre typhoïde*, dont M. Chautemps s'est également occupé, c'est l'assainissement général de la cité qui doit nous en préserver et, à ce propos, les moyens propres à assurer l'usage d'eau de source à toute la population, est la mesure qui s'impose en première ligne. »

Cette année, comme les autres, l'administration des eaux vient de condamner plusieurs arrondissements de Paris à boire de l'eau de Seine, et dans quelques jours nous allons constater un plus grand nombre d'entrées pour fièvre typhoïde dans nos hôpitaux.

MÉDECINE PRATIQUE

Emploi du vésicatoire chez les enfants.

Dans un récent article, notre maître et ami, M. J. Comby, dont la compétence est grande en pédiatrie, exposait les dangers du vésicatoire chez les enfants (1). Nous nous associons bien volontiers à ses récriminations contre l'emploi intempestif et maladroit que certains médecins font des vésicatoires.

Cette question, envisagée à un point de vue plus général que la médecine infantile, est une de celles qui nous divise le plus. Parmi nous, il y a des enthousiastes qui font un incontestable abus de l'emplâtre vésicant, soit par une foi aveugle en cette révulsion par la cantharidine, soit, ce qui est moins honorable, parce qu'ils savent que l'opinion du vulgaire est très favorable à cette médication et que, en cas de diagnostic douteux, c'est un moyen dont les clients leur sauront rarement mauvais gré d'avoir usé. — Il y a, par contre, des médecins qui croient les vésicatoires toujours inutiles et souvent nuisibles ; ils méprisent profondément ceux de leurs confrères qui en prescrivent.

Ces deux partis opposés peuvent, d'ailleurs, s'enorgueillir l'un et l'autre de compter dans leurs rangs des médecins de grande réputation.

(1) Bulletin du *Progrès médical*, 21 mai 1887.

---

quelques années, se sont multipliés avec une rapidité néfaste, et sont devenus les centres les plus actifs de propagation de la syphilis, car un grand nombre, sinon tous, ne sont que des *maisons de prostitution déguisées*, et des maisons à prostituées *libres*, c'est-à-dire non surveillées ; ce qui les rend infiniment plus dangereuses que les maisons publiques et en fait des sentines de perdition physique et morale, pour les jeunes gens surtout qui y trouvent les trois fléaux de la société actuelle : la flânerie, l'alcoolisme et la vérole ; — la *provocation des débits de vins*, plus dangereuse encore que la précédente, parce qu'elle s'adresse à un public plus nombreux : à la classe ouvrière et à l'armée.

De ces diverses formes de provocation publique résultent de tels dangers pour la santé publique que la commission, en les signalant à l'autorité, n'a pas hésité à demander que cette provocation, source de tant de contagions, fût désormais considérée comme un *délit*.

La commission propose à l'approbation de l'Académie les résolutions suivantes : 1° Appeler l'attention de l'autorité sur les développements qu'a pris la provocation sur la voie publique, dans ces dernières années notamment, et en réclamer une répression énergique ; 2° nécessité manifeste d'assimiler à cette provocation de la rue divers modes non moins dangereux qu'a revêtus, surtout de nos jours, la provocation publique, à savoir : celle des brasseries dites à femmes ; — et, plus particulièrement encore, celle des débits de vin ; — 3° signaler à l'autorité d'une façon non moins spéciale la provocation qui rayonne autour des lycées, des collèges, et qui a pour résultat l'excitation des mineurs à la débauche ; — 4° déclarer qu'au nom de la santé publique, non moins que de la morale, ces divers ordres de provocation constituent un délit qui doit être réprimé légalement.

Il y aurait, en outre, lieu de spécifier que la sauvegarde de la santé publique exige comme sanction, en l'espèce, la surveillance médicale des filles reconnues coupables du délit de provocation. D'où : 1° l'obligation de la visite périodique de ces filles ; 2° l'internement, dans un asile sanitaire spécial, de celles d'entre elles qui seraient reconnues affectées de maladies vénériennes, de syphilis tout particulièrement.

M. le rapporteur s'attache à faire ressortir la différence qui existe entre le système nouveau proposé par la commisssion et l'ancien système, c'est-à-dire le système encore actuellement en usage, qui repose entièrement sur *l'arbitraire administratif*, et dans lequel la police a la haute main sur la prostitution.

Le système de la commission, s'il était adopté, aurait pour base, non plus l'arbitraire administratif, mais la *loi*. La commission réclame, en effet, et

J'ai raconté ailleurs certaine soutenance de thèse, dans laquelle un élève de M. le professeur Peter avait exposé l'utilité du vésicatoire. M. le professeur Brouardel, juge aussi de la thèse, s'éleva très nettement contre cette proposition ; il le fit sans doute avec cette bonne grâce charmante, si fort appréciée des candidats, mais aussi avec cette verve spirituelle qui est si bien capable de ranger à son avis nombre de gens à opinion flottante, — et qui aujourd'hui se double de l'autorité du décanat.

Le procès fait au vésicatoire par son collègue, M. Peter consola son élève : il réhabilita chaleureusement le vésicatoire et, en levant la séance, pendant que le jeune docteur saluait ses juges avec l'embarras que donne en pareille occurrence l'inexpérience de la robe à grandes manches et du rabat, il conclut en lui disant : « Allez, mettez des vésicatoires à vos malades et vous les guérirez. »

Entre les fermes croyants et les incrédules, il y a un troisième parti, juste-milieu, dont nous sommes, qui, — tout en reconnaissant les abus qu'on fait du vésicatoire, son inutilité dans certains cas où nos anciens le croyaient souverain et ses inconvénients, ses dangers mêmes dans certains autres cas, — sont convaincus qu'il rend chaque jour de précieux services et continueront résolument à s'en servir dans un petit nombre de maladies aiguës et dans un plus grand nombre de maladies chroniques.

C'est du vésicatoire volant que nous parlons, car nous abandonnons sans regret le vésicatoire permanent à l'indignation de M. Comby.

« Tous les jours, dit-il, nous voyons, au dispensaire de la Villette, des enfants qui portent au bras une plaie de vésicatoire soigneusement entretenue. Les parents qui, de leur chef, soumettent leurs enfants à cet exutoire répugnant, s'étonnent de mon opposition et font fi de mes sarcasmes. Ils restent persuadés, avec les médecins d'un autre âge, que leur initiative a détourné, de la tête de leurs enfants, une foule de maladies dangereuses. Combien de temps ne faudra-t-il pas pour déraciner ces abus qui sont le fruit des théories humorales des siècles précédents ? L'emploi traditionnel du vésicatoire permanent dans les cas de *gourmes*, de scrofulides cutanées ou muqueuses, d'écrouelles, etc., a des inconvénients ; il entretient une plaie suppurante qui épuise les enfants et fait naître souvent des éruptions eczémateuses et impétigineuses qu'il a pour but de prévenir ou de guérir. Nous avons vu, dans quelques cas, des eczémas généralisés qui avaient pour point de départ une plaie vésicante du bras. »

Nous ajouterons qu'ils sont de temps en temps le point de départ d'érysipèles récidivants.

Nous sommes encore avec M. Comby quand il condamne sans réserve le vésicatoire volant dans la diphthérie, « quel qu'en soit le siège et quelle qu'en soit la forme ; il est interdit même dans les cas où la diphthérie est possible, sans être avérée. Les angines et les laryngites, même simples, chez les diphthériques, empêcheront de songer au vésicatoire, alors même qu'il pourrait être indiqué par quelque manifestation viscérale. Nous n'insisterons pas davantage sur ce point et nous dirons : Le médecin, qui prescrit un vésicatoire chez un enfant atteint ou soupçonné de diphthérie, est coupable. »

M. Comby ajoute qu'il est une contre-indication tirée non de la maladie, mais du milieu, des conditions ambiantes. Il proscrit dans les salles des hôpitaux d'enfants où existent tant de germes infectieux, le vésicatoire, surtout chez ceux du premier âge, dans les maladies aiguës, et surtout il croit dangereux de l'employer dans la rougeole, comme on le fait en général en cas de complications thoraciques accentuées (congestion intense et étendue, broncho-pneumonie.)

Les raisons qu'il donne sont sérieuses ; mais cependant il ne faudrait pas généraliser tout à fait. Sans doute il ne faut pas appliquer aux rubéoliques des vésicatoires quand il n'y a pas de nécessité, mais

---

avant tout, une loi définissant le délit de provocation publique et en confiant la répression à qui de droit.

Elle demande en second lieu que les principes du droit commun président à toutes les mesures de répression ou de coercition qui seront jugées nécessaires en l'espèce.

Ainsi, l'inscription d'une fille coupable du délit de provocation sur la voie publique ne pourrait jamais être prononcée que par un tribunal et après débat contradictoire.

D'autre part, la commission a été d'avis à l'unanimité que, toutes choses une fois rentrées de la sorte dans la stricte légalité, il y avait intérêt pour la santé publique à ce que la pénalité de l'inscription continuât, comme devant, à entraîner de fait la *surveillance médicale de la fille inscrite*.

Mais, jugeant insuffisantes les mesures actuellement en vigueur, la commission propose : 1° de soumettre uniformément les filles inscrites, libres ou en maison, à une visite hebdomadaire, de date fixe, et en outre, à une visite supplémentaire qui sera faite mensuellement par un médecin inspecteur, à une date inconnue.

Chacune de ces visites sera *complète* et portera principalement sur l'examen des organes génitaux et de la bouche.

Enfin, en ce qui concerne la province, la commission demande que les mesures de surveillance et de prophylaxie qui fonctionnent, ou fonctionneront dans la capitale, soient rendues rigoureusement exécutoires dans les départements et dans toute l'étendue des départements.

Il est un point cependant sur lequel la commission n'a pu se mettre d'accord. Ce point est relatif à la question de savoir si la provocation sur la voie publique peut être ou non tolérée de la part des filles inscrites et soumises à la surveillance médicale.

La majorité de la commission a été d'avis de proscrire absolument et de poursuivre toute provocation sur la voie publique, d'où qu'elle vienne, quelles que soient les femmes qui se livrent à la provocation.

La minorité pense qu'il faut *subir* ce qu'il est impossible d'empêcher, c'est-à-dire la provocation sur la voie publique, telle qu'elle est actuellement tolérée par les règlements, mais elle s'efforce de la réglementer en ne la tolérant que des filles inscrites et soumises à la surveillance médicale.

Relativement à l'*hospitalisation* et au *traitement* des syphilitiques, la commission propose les dispositions suivantes :

1. Le nombre des lits affectés au traitement des maladies vénériennes étant actuellement d'une insuffisance notoire, il sera augmenté dans la propor-

nous croyons que, même à l'hôpital, et à plus forte raison en ville, quand les précautions d'antisepsie sont suffisantes, quand on se conforme exactement aux règles que M. Comby rappelle et que les maîtres en pédiatrie ne cessent de répéter à leurs élèves, on peut être certain d'éviter les complications du vésicatoire. Or, si nous ne nous sommes abusé, nous avons assez souvent vu des complications thoraciques menaçantes et envahissantes se dissiper en quelques heures après l'emploi prudent d'un emplâtre cantharidien, pour nous croire autorisé à l'employer encore.

Quant aux congestions et broncho-pneumonies non rubéoliques, coqueluchiales, notamment dans celles qui ont pour fauteurs les bacilles tuberculeux, il ne nous semble pas contestable qu'elles sont très souvent enrayées par le vésicatoire. Les badigeonnages iodés, la sinapisation, les ventouses sèches ne nous paraissent pas aussi actifs.

Nous condamnons, comme M. Comby, en toute circonstance, l'emplâtre de thapsia qui provoque des dermites étendues et quelquefois très loin du point d'application, sur la face ou sur les parties génitales, la substance irritante y étant transportée par les doigts de l'enfant qui se gratte.

Nous croyons encore à l'utilité des vésicatoires volants dans la pleurésie, à un moment qu'il faut préciser.

« Malgré tout le mal qu'on en a dit, écrit M. Cadet de Gassicourt, j'en ai obtenu de bons effets lorsqu'ils sont appliqués en temps opportun, c'est-à-dire lorsque l'épanchement est devenu stationnaire ou commence à se résoudre. »

C'est l'avis du plus grand nombre.

Pourtant M. Lancereaux professe que le moment physiologique, d'élection, est la période d'invasion et dans les huit ou dix premiers jours au plus tard. Il se base sur cette raison anatomo-pathologique, que, passé ce temps, les vaisseaux lymphatiques de la plèvre sont complètement obstrués par des concrétions fibrineuses que la révulsion est impuissante à faire résorber, et dont une lente transformation granulo-graisseuse peut seule amener la désagrégation.

M. Jaccoud croit l'application répétée de vésicatoires à la période d'état incontestablement utile. Pour nous, il nous a semblé à plusieurs reprises qu'un vésicatoire appliqué, dès qu'il était possible de faire le diagnostic, avait arrêté le processus phlegmasique. Dans la période d'augment de l'épanchement, nous l'avons trouvé moins utile; mais il nous a semblé que, celui-ci, ayant cessé de s'accroître, il se mettait plus rapidement à se résorber dans les cas où le vésicatoire intervenait, tandis qu'il restait bien plus longtemps stationnaire dans ceux où on s'était fié aux seuls efforts de l'organisme.

Si le vésicatoire, en modifiant par voie réflexe les phénomènes vaso-moteurs de l'organe ou de la région atteinte, rend, à ce qu'il nous semble, des services dans plusieurs maladies aiguës où dominent les processus fluxionnaires et hypercriniques, il est encore moins contestable que dans plusieurs manifestations de la tuberculose chronique on en peut tirer les plus grands avantages. — Dans la tuberculose pulmonaire, surtout à la période initiale, quand il n'existe encore que les signes de congestion, d'induration des sommets, M. le professeur Grancher *ne cesse* de répéter, avec preuves cliniques à l'appui, qu'en appliquant sans se lasser de petits vésicatoires volants successifs, on contribue efficacement à la guérison dont l'usage de l'huile de foie de morue à haute dose et la suralimentation sont les principaux agents.

L'utilité de la révulsion continuée par les petits vésicatoires volants subintrants n'est pas moins réelle dans le traitement de la péritonite chronique tuberculeuse.

On en peut dire autant de son emploi contre certaines adénopathies scrofulo-tuberculeuses à marche lente et aphlegmasique, quand il n'y a encore

---

tion reconnue nécessaire par une enquête ouverte à ce sujet.

II. Cette augmentation du nombre des lits affectés aux vénériens et aux vénériennes se fera, non pas par la création de nouveaux services spéciaux dans les hôpitaux généraux, mais bien par la création de nouveaux hôpitaux spéciaux, lesquels devront toujours être placés en dehors de la zone d'enceinte.

III. Les médicaments propres au traitement des maladies vénériennes seront délivrés gratuitement dans tous les hôpitaux, hôpitaux spéciaux ou hôpitaux généraux.

IV. Un service de consultations gratuites, avec délivrance gratuite des médicaments, sera annexé à l'asile sanitaire spécial destiné au traitement des prostituées vénériennes.

V. Dans les hôpitaux spéciaux, la consultation sera faite :

1° Pour les malades ne réclamant pas leur admission par un médecin ou un chirurgien du Bureau central ;

2° Pour les malades réclamant leur admission par des médecins ou chirurgiens titulaires ;

Les médecins ou chirurgiens du Bureau central délégués à ces fonctions ne pourront les résilier avant cinq ans d'exercice.

VI. Dans toute ville de province, tout au moins dans chaque chef-lieu de département, il sera créé un service spécial pour le traitement des affections vénériennes, et les locaux affectés à ce service seront aménagés suivant toutes les règles de l'hygiène.

M. le rapporteur aborde ensuite la question si importante des *réformes* à apporter *dans l'enseignement*. Un des meilleurs moyens, dit-il, de lutter contre la syphilis et d'en diminuer la dissémination, c'est d'apprendre aux jeunes générations médicales, mieux qu'on ne le fait aujourd'hui, à la connaître, à la dépister sous ses formes diverses, à la traiter, à la guérir.

Dans ce but, la commission propose les mesures suivantes :

1° Ouvrir librement *tous* les services de vénériens ou de vénériennes à tout étudiant en médecine justifiant de seize inscriptions ;

2° Exiger de tout aspirant au doctorat, avant le dépôt de sa thèse, un certificat de stage de trois mois dans un service de vénériens ou de vénériennes ;

3° Attribuer au *concours*, et au concours exclusivement, le recrutement de tout le personnel médical chargé du traitement des vénériennes à Saint-Lazare ; et de tout le personnel intégralement,

qu'une infiltration ganglionnaire, avec empâtement vague du tissu cellulaire ambiant, sans réaction inflammatoire.

Bien que notre compétence soit ici plus discutable, nous pensons que certaines arthrites ou périarthrites tuberculeuses chroniques sont aussi avantageusement modifiées par la vésication.

Bien entendu, dans tous les cas où on manie ces vésicatoires, il faut observer rigoureusement les précautions suivantes, que M. Comby rappelle avec raison, que trop souvent on néglige au moins partiellement et dont la réunion suffit à assurer toute garantie.

Les *dimensions* doivent être réduites au quart ou au cinquième de ce qu'elles sont chez l'adulte. Chez les jeunes enfants, le diamètre variera entre une pièce de deux francs et une pièce de cinq francs en argent. Ce n'est qu'au-dessus de cinq à six ans qu'on pourra prescrire des vésicatoires de dix centimètres de diamètre.

Durée. — Plus le vésicatoire sera étendu, moins on le laissera de temps en place. « Chez un petit enfant, pendant le cours de la première année, il suffit que l'agent vésicant reste en contact avec la peau pendant une heure, une heure et demie, deux heures au maximum, pour que l'épiderme se soulève et qu'il se forme une cloche. Si celle-ci n'est pas constituée après ce temps, il n'est besoin, pour l'obtenir, que d'appliquer sur la surface qu'a recouverte le vésicatoire, un cataplasme de mie de pain, ou de fécule de pomme de terre, et le soulèvement de l'épiderme par une abondante sérosité ne tarde pas à se faire après deux heures environ. Chez les enfants de 5 ans, quatre heures suffisent à la production de la vésication. » (Archambault). Il faut être bien convaincu que l'intensité de l'effet produit n'est nullement proportionnelle à la désorganisation du derme. La révulsion est surtout utile en ce qu'elle irrite les extrémités nerveuses, il n'est pas plus avantageux qu'elle les détruise.

La précaution déjà recommandée par Bretonneau de recouvrir l'emplâtre vésicant d'une feuille de *papier de soie* non-gommé et *huilé*, est toujours bonne à suivre. Ce papier protecteur ne permet pas que des parcelles d'emplâtre, restant adhérentes à la peau au moment où on enlève le vésicatoire, continuent à ulcérer le derme.

Il est très important que le vésicatoire ne se déplace pas. Archambault recommandait au médecin de le fixer *lui-même* avec des bandelettes de diachylum, d'appliquer par-dessus une carde d'ouate, avec une compresse repliée en plusieurs doubles, le tout maintenu par un bandage approprié à la région.

Depuis quelques années, des pharmaciens ingénieux ont réussi à préparer des solutions de cantharidine sous le nom de *vésicatoires liquides*; nous avons employé souvent ces produits et avec un plein succès. Avec un pinceau on badigeonne la peau, avec une, deux ou trois couches suivant l'intensité de vésication qu'on veut obtenir, et si on a eu la précaution de laisser sécher complètement l'enduit à l'air avant de rabattre la chemise ou d'appliquer la couche d'ouate, il n'y a pas à craindre que la vésication s'étende sur une trop large surface. L'emploi du vésicatoire liquide simplifie aussi beaucoup les formalités de l'enlèvement, toujours appréhendé par la famille et l'enfant.

Quand on procède à cet enlèvement, si l'on a des raisons de redouter l'excessive sensibilité de l'enfant, on peut utiliser, comme l'a conseillé le Dr Ruault, la cocaïne dont on injecterait quelques gouttes dans la phlycthène. Il est bien entendu qu'il suffit de percer la cloche en quelques points déclives pour favoriser aussitôt après l'enlèvement l'écoulement de la sérosité et qu'il est inutile, sinon nuisible, d'enlever toute la couche d'épiderme malade comme le font encore certains médecins. Aussitôt après l'enlèvement de l'emplâtre, nous ne conseillons pas plus la feuille de poirée, si usitée à la campagne que le

---

c'est-à-dire des chefs de service, des élèves internes et des élèves externes ;

4° Attribuer au *concours*, et au concours exclusivement, le recrutement du personnel médical chargé de la surveillance des filles inscrites au dispensaire de salubrité ;

5° Composition du service de Saint-Lazare (ou du service hospitalier qui lui sera substitué), suivant le plan des services de l'Assistance publique ; et utilisation des ces services pour le stage spécial imposé aux étudiants en médecine dans les hôpitaux spéciaux ;

6° Les jurys des divers concours dont il vient d'être question pourraient être composés de la façon suivante :

1° Pour la nomination des médecins en chef : un membre de l'Académie de médecine, un représentant de l'Ecole (professeur ou agrégé), trois médecins des hôpitaux spéciaux (Saint-Louis, Lourcine, Midi, Saint-Lazare) ;

2° Pour la nomination des médecins du dispensaire et des élèves internes ou externes : quatre médecins du dispensaire, présidés par un membre de l'Académie.

La commission pense que cet ensemble de mesures aurait pour résultat de créer un véritable *mouvement scientifique* autour de la syphilis, mouvement salutaire et fécond qui aurait pour conséquence forcée de disséminer et de vulgariser l'étude de la maladie.

Relativement à la *prophylaxie de la syphilis dans l'armée et la marine*, la commission propose les mesures suivantes :

I. Instituer dans l'armée une série de *conférences* ayant pour objet d'éclairer les soldats sur les affections vénériennes en général et sur les dangers de la syphilis en particulier (dangers personnels, dangers héréditaires, dangers de contagion), sur le bénéfice à attendre d'un traitement scientifique, sur la nécessité d'un traitement prolongé, sur les périls de la prostitution clandestine exercée par les insoumises, les rôdeuses, les bonnes de cabaret, etc.

Ces conférences seraient faites par les médecins militaires de chaque corps. Elles seraient annuelles ; elles auraient lieu de préférence quelque temps après l'enrôlement des jeunes recrues ; une conférence semblable serait également faite aux réservistes le lendemain de leur arrivée au corps.

II. Provoquer de la part d'un soldat récemment affecté de syphilis une déclaration relative à la femme dont il a contracté la maladie.

III. Consigner les établissements déguisés sous le nom de débits de vins ou de liqueurs et ne constituant en réalité que des maisons de prostitution

papier brouillard enduit de cérat rance ou même de vaseline fraiche. Nous donnons la préférence — soit à un carré de diachylum dépassant largement les dimensions du vésicatoire et laissé à demeure jusqu'à dessiccation complète, et qui présente l'avantage pour les affections thoraciques de ne pas entraver l'auscultation, — soit à une couche assez épaisse de coton hydrophile aseptique qu'on laisse adhérer définitivement à la surface vésiquée. Au bout de 24 heures, on enlève avec précaution les parties superficielles d'ouate en respectant les brins adhérents à l'épiderme flétri et à la sérosité concrète ; le tout étant destiné à tomber ensemble au bout de trois ou quatre jours sans que l'enfant ait eu à souffrir. Si le milieu où se trouve le malade est de nature à faire craindre une infection de la plaie, il sera toujours prudent de faire *immédiatement un pansement antiseptique*, et nous n'en connaissons pas de meilleur que l'ouate imprégnée de la pommade suivante :

Poudre d'iodoforme 1 gramme.
Vaseline.......... 10 grammes.

Cette même pommade nous sert aussi à panser les vésicatoires qui se sont ulcérés ou recouverts d'un enduit grisâtre ou blanchâtre suspect, et nous faisons précéder deux fois par jour le pansement de lavages avec une solution d'hypochlorite de chaux. En saupoudrant de sous-nitrate de bismuth certains vésicatoires, qui, recouverts d'une pellicule grisâtre, granuleuse, sécrètent une abondante sérosité, on en active la cicatrisation.

Au point de vue du *siège* d'application, Archambauld proscrivait avec raison l'emploi du vésicatoire à la nuque dans les affections cérébrales chez les tout jeunes enfants, parce qu'en se retournant dans leur lit ils le déplacent et s'écorchent inévitablement.

Mieux vaudrait en appliquer de tout petits aux apophyses mastoïdes ou en placer un sur le sommet du crâne préalablement rasé. Encore l'application d'un sac de glace pilée paraît-elle plus efficace contre les phénomènes cérébraux congestifs.

Graves signalait une erreur commise par certains médecins qui, ayant appliqué à de tout jeunes enfants, un vésicatoire à la nuque pour quelque affection suspecte de la tête, de l'abdomen ou du thorax, et voyant apparaître peu après la jactitation, des mouvements de rotation de la tête avec cris et action de porter la main à celle-ci, ont cru à l'invasion d'une complication méningitique, alors que la douleur causée par le vésicatoire mal placé suffisait à expliquer ces symptômes alarmants.

Quand nous appliquons des vésicatoires sur le thorax, nous choisissons de préférence les parties latérales chez les tout jeunes enfants qui reposent presque constamment dans le décubitus dorsal; chez les enfants déjà grands, on peut en général obtenir qu'ils gardent le décubitus latéral et il y a alors moins d'inconvénient à appliquer un vésicatoire sur l'un des côtés de la région dorsale.

En résumé, dirons-nous, on ne doit jamais appliquer un vésicatoire à la légère et sans indication positive; plus l'enfant est jeune, plus le milieu est suspect, plus il faut observer rigoureusement les précautions précitées. Mais il ne faut pas cependant entreprendre contre le vésicatoire une croisade si acharnée qu'on arriverait à en dégoûter tout à fait les médecins. Ce serait renoncer dans l'état actuel de la thérapeutique à une des armes les plus puissantes de notre arsenal.

P. Le Gendre,
Chef de clinique adjoint de la Faculté.

Le lait bouilli.

Dans le compte-rendu bibliographique que nous avons consacré au livre de notre confrère distingué, M. Toussaint (d'Argenteuil), Guide de la jeune mère et de la nourrice, nous déclarions que la prudence conseillait de ne donner aux enfants que du lait bouilli par crainte des transmissions de contages.

---

non surveillées ; interdire formellement aux soldats la fréquentation de ces établissements.

IV. Ecarter toutes punitions du programme prophylactique de la syphilis.

V. Supprimer les visites faites en commun et les remplacer par des examens privés, individuels, discrets.

VI. Instituer un service de police spéciale autour des grands camps, tels que Satory, Saint-Maur, Châlons, etc.

VII. Enfin, accorder à tout militaire sorti momentanément de l'hôpital, où il était entré pour des accidents syphilitiques, la faculté de suivre un traitement *externe* dirigé par le médecin du corps auquel il appartient, et cela pendant toute la durée du temps nécessaire à la guérison complète de sa maladie.

Un dernier point concernant la prophylaxie de la syphilis, est celui qui se rapporte à la protection à accorder aux *nourrices* contre les risques de la contamination dérivant du nourrisson.

M. le rapporteur est d'avis que, dans un esprit d'équité, il conviendrait d'accorder, dans la mesure du possible, aux nourrices contre leurs nourrissons, la garantie que les familles réclament contre les nourrices. A cet effet, la commission demande qu'un arrêté préfectoral complète sous la forme suivante les obligations auxquelles sont assujettis les bureaux de placement :

« Nul n'est admis à prendre une nourrice dans un bureau de placement que sur la présentation d'un certificat médical garantissant la nourrice contre tout risque d'affection contagieuse qui pourrait lui être transmise par son nourrisson. »

Tel est le résumé des travaux de la commission.

« Comme conclusion, dit M. le rapporteur en terminant, permettez-nous d'ajouter un dernier mot.

« Ou votre commission s'illusionne absolument, ou du débat qui ne peut manquer de surgir ici relativement aux grandes questions que nous venons d'agiter devant vous, résultera quelque chose d'utile à la cause publique.

« Jamais occasion solennelle n'a été offerte à la prophylaxie de la syphilis d'affirmer à la fois son urgence, sa nécessité sociale, ses imperfections et ses lacunes actuelles.

« Si nous pouvons quelque chose contre la syphilis, c'est le moment de le faire ou jamais. C'est le moment ou jamais de secouer la poussière du passé, d'abandonner les vieilles routines et d'en finir avec les systèmes usés, vermoulus, impuissants et de tenter un effort nouveau, conforme à l'esprit moderne, digne de l'hygiène et de la science modernes, effort pouvant être fécond en heureux résultats. » (Applaudissements.)

M. Toussaint nous répond que cette précaution, peut-être bonne à Paris et dans les grandes villes, est inutile à la campagne où les vaches sont toujours saines. Il croit d'ailleurs que le lait ne serait stérilisé que par une coction prolongée. Nous ne pouvons nous rallier à sa manière de voir à la fois trop optimiste et trop pessimiste.

Outre la tuberculose qui est plus fréquente chez les vaches en stabulation dans les villes, mais qui existe aussi dans les campagnes, l'espèce bovine est susceptible de donner par le lait diverses maladies aux enfants ; pour n'en citer qu'un exemple, des observations très précises nous apprennent que certaines stomatites ulcéreuses, qui peuvent rendre les jeunes enfants très malades et les tuer même, ont pour cause un agent pathogène fourni par le lait de vaches ou de chèvres atteintes de la maladie aphtheuse ou cocote.

Or, il suffit d'une ébullition complète, mais de quelques minutes seulement, pour détruire les germes pathogènes du lait.

Enfin, il ne nous est pas assez démontré que le lait bouilli soit indigeste pour que nous mettions cette considération en balance avec l'utilité supérieure de stériliser le lait.

P. L. G.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 juin

M. *Marty* a été élu membre titulaire dans la section de pharmacie.

Pour une place vacante au titre de membre correspondant (1re division), nous sommes très heureux d'apprendre que notre ami et si distingué confrère, M. le Dr Gibert (du Havre), est classé en première ligne.

M. *Ollivier* a lu une communication *sur la transmission des kystes hydatiques à l'homme par les œufs du tœnia echinococcus du chien.* — Le nombre des kystes hydatiques dans un pays est proportionnel à celui des chiens. C'est le plus souvent par les voies digestives que les œufs de tœnia pénètrent dans notre organisme. Il faut incriminer l'usage de légumes verts, salades, fruits (fraises souvent) poussant au ras du sol et contaminés par le chien, puis insuffisamment lavés avant d'être mangés par l'homme ; ensuite, l'imprudence de boire, sans la filtrer, ou la faire bouillir, l'eau des sources, puits ou citernes non couvertes ; enfin, la trop grande familiarité des hommes, et des enfants surtout, avec les chiens, qui, en caressant leurs maîtres, les infectent. On doit se défier surtout des chiens nourris de viande crue, détritus de boucherie ou d'abattoir.

La discussion sur le *surmenage intellectuel*, qui est à l'ordre du jour, s'est continuée par un discours de M. Brouardel. L'orateur pense qu'il convient d'incriminer, pour une large part, le séjour dans les internats des grandes villes de jeunes gens immigrés de la campagne ou nés dans ces villes mêmes.

Il fait un tableau saisissant de la dégénérescence des enfants dans les villes, même en dehors de l'influence scolaire ; l'étiolement intellectuel et l'inaptitude génésique, le féminisme en sont les deux caractères dominants. Leur dégénérescence intellectuelle consiste surtout en une impossibilité d'arrêter longtemps leur attention sur un même sujet.

M. Brouardel conseille surtout d'éviter les grands internats autant que possible et à les placer loin du centre des grandes villes.

Au lieu de multiplier les matières des programmes, ce qui augmentera la difficulté qu'éprouvent déjà des enfants à approfondir aucun sujet, il vaudrait mieux arrêter leur esprit sur un petit nombre de sujets bien précis.

Enfin, il convient de faire aux exercices du corps une part presque égale au temps d'étude et, si les parents n'ont pas le moyen d'envoyer leurs enfants à la campagne pendant les vacances, organiser, à prix réduits, des colonies de vacances dans les bois ou au bords de la mer.

M. Dujardin-Beaumetz prend ensuite la parole :

Dans une précédente séance, j'ai dit que, pour le département de la Seine, le nombre des places disponibles pour les instituteurs ou institutrices postulants était de 100 environ pour les institutrices. Ce chiffre est exagéré ; il y a eu en 1887, 55 nominations d'hommes et 60 pour les femmes : soit 115 places pour 7,000 postulants. Encore est-il que, sur 115 places, 40 sont données aux élèves de l'école normale pour les hommes, 25 pour les femmes. Dans les départements, on compte 20,000 postulants qui resteront sans emploi pour la plupart.

Cette armée de 27,000 personnes s'augmente chaque année : l'augmentation pour 1886 a été de 4,447 ; pour le début de 1888, on peut donc évaluer à près de 30,000 le nombre des personnes s'efforçant d'entrer dans l'instruction primaire.

Il en est de même dans l'enseignement secondaire : le nombre des licenciés et des concurrents à la licence augmente dans une telle proportion que, faute de place, un grand nombre sont forcés d'accepter des postes de maître d'étude.

La conséquence fatale est l'exigence croissante des programmes, c'est-à-dire du surmenage pour les candidats.

Il faut donc que les familles sachent que cette carrière de l'instruction est, pour ainsi dire, fermée aujourd'hui, et qu'il est dangereux pour elles de soumettre leurs enfants à un surmenage si intense.

Je reviens maintenant aux écoles primaires où 6 heures par jour sont consacrées au travail pour le cours élémentaire, et 6 heures et demie dans les cours moyen et supérieur. Tout ce temps est employé aux leçons, de sorte que les enfants sont souvent obligés de travailler encore le soir, quelquefois jusqu'à 10 heures. Il faudrait, ou réduire les heures de classe, ou supprimer les devoirs donnés pour la maison ; il faudrait aussi apporter une réforme dans les matières de l'enseignement.

Voyez par exemple le programme de l'enseignement primaire élémentaire et supérieur ; on y voit histoire, géographie, langue française, arithmétique, morale physique, algèbre, géométrie, droit, économie politique, histoire naturelle, dessin, etc., etc.

Je crois donc, que, sans compromettre le but que l'on désire atteindre, celui d'instruire tous nos enfants, but auquel nous applaudissons tous, on pourrait cependant restreindre dans dans une certaine proportion, l'étendue de ce programme.

M. *Le Fort* demande que les enfants des campagnes ne soient pas tous gardés à l'école en même temps, sans distinction de développement intellectuel et d'âge. L'instituteur pourrait les diviser, d'après leurs forces en différents groupes qu'il ferait travailler les uns après les autres, en permettant à ceux qui auraient fini leur classe d'aller travailler aux champs.

M. *Rochard* demande :

1° Que la durée des classes et des études (devoirs et leçons) ne dépasse pas 8 heures par jour, pour les élèves les plus âgés.

2° Que le temps consacré aux récréations et aux exercices du corps soit augmenté, que ces derniers deviennent obligatoires et entrent comme éléments, comme épreuves éliminatoires dans les examens et les concours, avec de coefficients suffisants pour que les candidats aient intérêt à s'y livrer et à s'y rendre habiles.

3° Que les lycées où les élèves sont internes soient transportés hors de l'enceinte des grandes villes et qu'on n'y conserve que des externats.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 juin 1887.

L'Académie procède au scrutin pour la nomination d'un membre, dans la section de médecine et chirurgie, à la place de M. Gosselin. Ont obtenu :

MM. Verneuil	43 voix.	Élu.
Trélat	3	
Cornil	2	

MM. *Chauveau et Kaufmann* ont fait une communication sur *l'activité nutritive et respiratoire des muscles fonctionnant physiologiquement sans produire de travail mécanique*.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le médecin doit prévenir ses clients avant d'élever son tarif.

Le journal *la Loi* a publié un jugement rendu par la septième chambre (21 août 1884), qui présente un certain intérêt pratique. Il résulte de ce jugement qu'il s'établit, entre le médecin et sa clientèle, une convention implicite résultant du payement des honoraires réclamés lors d'une première opération ou maladie, pour fixer le prix de ces honoraires à l'avenir.

Si le médecin a le droit de fixer un taux plus élevé pour l'avenir, il doit en prévenir ses clients et les mettre à même de continuer à recevoir ses soins aux conditions nouvelles, ou de changer de médecin.

Voici ce jugement :

Attendu que N... réclame à L... la somme de 221 fr., savoir : 200 fr. pour le prix de l'accouchement de la dame L..., en 1881, et 21 fr. pour prix de visites ;

Que L... reconnait devoir le prix des visites, mais qu'il offre seulement la somme de 100 fr. pour prix de l'accouchement, le docteur N... s'étant contenté de ce prix lors des accouchements antérieurs de la dame L...;

Attendu que N..., tout en reconnaissant comme exacte l'allégation de L..., en ce qui concerne les accouchements antérieurs, prétend que, sa situation médicale ayant grandi, il a droit à des honoraires supérieurs.

Attendu qu'il s'établit entre le médecin et sa clientèle une convention implicite résultant du payement des honoraires réclamés lors d'une première maladie ou opération, pour fixer le prix de ces honoraires à l'avenir ;

Que le médecin, qui a droit de le fixer à un taux plus élevé pour l'avenir, doit prévenir ses clients et les mettre à même de continuer à recevoir ses soins aux conditions nouvelles ou de changer de médecin ;

Que N... reconnait qu'il n'a pas prévenu L... de son intention d'élever le prix de ses opérations ; qu'il n'allègue pas que le dernier accouchement de la dame L... ait eu lieu dans des conditions particulières de difficulté ; que les offres de L... sont suffisantes ;

Par ces motifs,

Déclare bonnes et valables, suffisantes et libératoires, les offres dont il s'agit, ensemble la consignation qui les a suivies ;

Ce disant, déclare L... quitte et libéré envers N...

En conséquence, déclare N... mal fondé en sa demande, etc.

(*Journal de Méd.*)

Appréciation d'honoraires contestés en justice.

Mon cher confrère,

Vous vous rappelez le jugement qui avait été rendu contre moi le 27 septembre dernier, par le juge de paix de *Hédé*, jugement que vous avez publié dans votre journal du 13 novembre 1886.

Comme je vous l'annonçais, à cette époque, je suis allé en appel devant le tribunal de *Rennes* et là, grâce à une consultation de nos confrères d'Ille-et-Vilaine, tout à fait en ma faveur, le tribunal a rendu un jugement qui infirme celui de M. le juge de paix et me donne complètement gain de cause, comme vous pouvez en juger par la copie que je vous transmets.

Voici le jugement, qui intéresse, je crois, tout le corps médical.

Audience du 29 avril 1887.

Attendu que la note adressée à *Thomas* par le docteur *Roger* comprend cinq articles :

1° Accouchement la nuit, avec forceps	50 fr. »
2° Opération de bec-de-lièvre	40 »
3° 13 visites à 5 fr.	65 »
4° Une pompe à lait et remèdes	4 50
5° Port de la pompe	0 50
Total	160 fr. »

Attendu que le premier juge a admis la réclamation du docteur Roger en ce qui concerne l'article 3, que les articles 4 et 5 ne peuvent soulever aucune objection, puisqu'ils ont trait à des fournitures effectuées par le médecin et qui doivent lui être remboursées.

Mais attendu que le tribunal de paix a réduit à 40 fr. l'article 1er du mémoire et à 25 fr. l'article 2 qui concernent l'accouchement et l'opération de bec-de-lièvre ; que le premier juge s'est appuyé sur cette considération que les honoraires du médecin doivent être en rapport avec la position de fortune du malade, les soins donnés et le résultat obtenu, que l'accouchement de la dame Thomas a eu lieu dans de bonnes conditions et que l'opération du bec-de-lièvre pratiquée sur un enfant de quelques jour s'est faite sans danger, en quelques minutes, et n'a pas réussi.

Attendu que les honoraires des médecins ne sont soumis à aucun tarif et que leurs réclamations ne doivent être réduites que lorsqu'elles sont manifestement empreintes d'exagération et hors de proportions avec les soins donnés et les prix habituellement réclamés dans la région.

Attendu que les médecins composant l'Association médicale d'Ille-et-Vilaine ont examiné le mémoire du docteur Roger et qu'ils estiment qu'il n'a pas dépassé dans sa demande ce qui lui est dû et ce qu'il est l'usage de réclamer dans le pays qu'il habite et dans sa situation.

Attendu que cette opinion des membres de l'Association médicale emprunte une autorité particulière à leur situation et à leur honorabilité bien connue; qu'ils constatent qu'un accouchement qui a eu lieu la nuit, qui a dû être terminé par un application de forceps est une opération toujours sérieuse et engageant la responsabilité de l'opérateur ; que les honoraires de 50 francs réclamés de ce chef auraient pû être plus élevés ; qu'il constatent également que l'opération du bec-de-lièvre est délicate et difficile et qu'il n'y a pas lieu de réduire le chiffre des honoraires, bien qu'elle n'ait pas réussi. Attendu que les appréciations des hommes de l'art sont bien fondées et doivent être admises par le tribunal ; qu'ils pensent à bon droit, *contrairement* à l'opinion du premier juge, qu'un accouchement terminé par un opération chirurgicale, offre plus de difficultés qu'un accouchement ordinaire et qu'il serait souvent peu équitable de proportionner les honoraires du chirurgien aux résultats donnés par l'opération qu'il a pratiquée.

Qu'en fait il a été établi que le docteur Roger est docteur de la Faculté de Paris et que, si son domicile est *légalement en la commune Rurale* de Saint-Symphorien, il demeure en réalité à l'extrémité d'un faubourg *de la ville de Hédé*.

Que, d'ailleurs, l'intéressé, propriétaire cultivateur, est dans une situation de fortune aisée. Attendu que, dans ces conditions, les honoraires réclamés au sieur Thomas par le docteur Roger doivent lui être alloués.

Par ces motifs, ouï à une précédente audience les avoués et avocats des parties dans leurs conclusions et plaidoiries, après renvoi et délibéré conformément à la loi. Le tribunal, jugeant en matière sommaire et en dernier ressort, dit *mal jugé*, bien appelé ; réformant, condamne Thomas à payer à Roger la somme de 160 fr. avec les intérêts de droit. Ordonne la restitution de l'amende, condamne l'intéressé aux dépens de première instance et d'appel liquidés à cent dix-huit francs quatre vingt-dix-huit centimes, distraction des dépens au profit de M. Giffard sur son affirmation d'en avoir fait l'avance pour son client. Bien jugé et prononcé en l'audience publique de la 2e chambre du tribunal civil de Rennes, le 29 avril 1887, par M. Le Goire, vice-président, Serval, juge et Merdugune, juge suppléant, etc.

1er juin 1887 Dr Roger (de Hédé).

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Traitement du pityriasis versicolore
(E. Besnier).

Commencer par frictionner la peau avec du savon au goudron, puis faire chaque soir des frictions avec la pommade suivante :

Lanoline } Vaseline } à	50 gr.
Acide salicylique	3 gr.
Soufre précipité	10 gr.

Le matin, on l'enlève par des lavages. Au bout de huit jours, l'examen microscopique permet de constater qu'il n'existe plus que de rares parasites et la guérison peut bientôt être regardée comme assurée. (*J. de méd. et chir. pratiques.*)

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

A propos de l'exercice illégal.

Havre, 7 juin 1887.

Très honoré confrère,

Au Feuilleton du *Concours*, no 23, *Exercice illégal*, je lis : « Un autre confrère exerçant sur les limites des Deux-Sèvres et de la Vendée, me signale dans sa toute petite clientèle une sage-femme, deux rebouteurs et quatre écoles congréganistes exerçant librement la médecine et la pharmacie. »

Et le confrère demande l'incognito et pour sa personne et pour sa résidence, « parce qu'il aurait tout à craindre de l'animosité des curés et des bonnes sœurs ».

Il avoue qu'il souffre ainsi moins à se taire qu'à parler. Pourquoi alors se plaint-il ? Il voudrait sans doute que le parquet agisse ; encore lui faut-il être saisi de la matérialité du fait. Quel sera le dénonciateur, si ce n'est l'intéressé lui-même ? Le parquet a peut-être d'autres bonnes raisons que notre confrère pour ne point agir *sua sponte*.

En présence de cette question de l'exercice illégal, je ne connais qu'une solution : la suppression du privilège.

L'élévation du taux de la peine pourra atténuer ce braconnage, mais n'oublions pas que la question reste surtout entre nos mains. Soyons de plus énergiques garde-champêtres, et nos bois seront mieux gardés.

Ecrivons moins sur cette question et agissons davantage. Nous n'osons pas le faire, nous ne pouvons pas le faire pour telles, telles et telles raisons ; alors quittons cette guitare.

Enfin ne favorisons point cet exercice illégal. Nous laissons volontiers aux pharmaciens, curés et bonnes sœurs le gueux, le fretin, et nous voudrions qu'ils n'aillent jamais aux gros poissons ! ou que les gros poissons ne mordent jamais à leurs « excellentes recettes » !??

Que de fois, sous mes yeux, dans son officine, mon pharmacien a donné des consultations à des gens qui, ne me connaissant pas, narraient leurs maux ! En bonne logique, j'eusse dû courir aussitôt au parquet. Mais, à côté de cela, mon pharmacien est obligé de recevoir toute victime d'un incident ou d'un accident, et nous enlève parfois de sales et infructueuses corvées. Il lui faut bien quelques compensations.

N'en est-il pas de même à la campagne ? Que de médecins évitent de longues courses qui seraient sans honoraires ! Que de médecins viennent un jour ou deux après être mandés ! Et le curé est là, et la bonne sœur est là ; et l'on n'irait point frapper à leur porte ? Et en fait, vous voudriez arriver à limiter juste leur action. Ils abusent parfois çà et là de

leur situation, alors agissez. Mais avouez qu'ils rendent de grands services aux malheureux et que le médecin voit souvent ainsi sa peine diminuée.

Sachons donc être indulgent et sévère, tout à la fois. Soyons assez ferme et assez adroit pour que l'usage que nous tolérons, et dans notre intérêt, et dans celui des malades, ne tourne point à l'abus ; que la loi sans doute nous donne des moyens de répression plus énergiques, mais n'oublions pas que si, nous médecins, nous ne les faisons point servir, nos plaintes ne serviront qu'à mettre du noir sur du blanc.

Enfin, gardons-nous de plaintes ironiques, et laissons aux journaux politiques le côté satyrique. La méthode scientifique n'a point de ces petits côtés. Elle va droit au but. Tout est ici droit et élevé. Poursuivons qui est coupable devant les tribunaux, mais n'assaisonnons point cela de critiques qui n'ont rien à faire ici et qui ne sentent assurément point la bienveillance.

Votre bien dévoué confrère.

Dr J. Roger (du Havre).

— Notre confrère Roger demande que nous soyons de plus énergiques gardiens de notre domaine médical. C'est dans ce but que nous nous sommes unis par des sociétés professionnelles, des *Syndicats*. Notre correspondant en fait partie et nous l'approuvons de préférer l'action aux plaintes, pourtant bien fondées, de ce malheureux médecin, oppressé par cet exercice illégal qui lui enlève le pain quotidien.

M. le Dr Roger en parle à l'aise, lui qui a pour appui, dans ses revendications, toute la corporation médicale respectée du Havre. Son langage ne serait pas le même s'il se sentait isolé comme le praticien dénué d'assistance auquel il refuse le droit de se plaindre.

A. C.

Syndicat médical d'Indre-et-Loire.

Séance du 15 *janvier* 1887.

Le samedi 15 janvier 1887, à 3 heures du soir, le syndicat médical d'Indre-et-Loire s'est réuni dans une des salles de la préfecture de Tours, sous la présidence du docteur Hippolyte Thomas.

Etaient présents : MM. Jovie, Jaulin, Bonamy, Garrigue, Fey, Sonbie, Lemarié, Bouchet (de Lésigny), Meunier, Thierry, Pathault, Gasté, Rousseau, H. Thomas, E. Chaumier.

S'étaient excusés MM. Lehec, Chaumier (de Bléré), Serée, Boutier.

Le secrétaire lit le procès-verbal de la dernière séance.

A propos de cette lecture, M. Bonamy dit que le Dr Boutier, qui n'a pu se rendre à la séance, l'a chargé de prier le syndicat de ne pas le nommer pour faire partie en 1888 de la commission de révision de la médecine des indigents. Il estime qu'en vérifiant les mémoires des médecins du département, la commission, outre le travail long et difficile qu'elle est obligée de faire, prend sur elle une très grande responsabilité ; et qu'il est bon que ce ne soient pas toujours les mêmes qui aient le travail et la responsabilité.

Le syndicat se range de l'avis de M. Boutier, et décide que chaque année on changera un membre dans chaque arrondissement ; pensant qu'il est indispensable cependant de conserver dans la commission un noyau d'anciens membres pouvant montrer aux nouveaux venus la façon de procéder des années précédentes.

Le procès-verbal est adopté.

Le bureau a reçu l'adhésion de M. Jaulin, médecin à Rouziers.

L'admission est prononcée.

M. Million, ancien médecin à Artannes, obligé pour des raisons de santé de renoncer à l'exercice de la médecine, a envoyé sa démission.

La démission est acceptée.

. . . .

M. Meunier, trésorier du syndicat, présente les comptes de l'année 1886.

Souscription au monument Bretonneau, Velpeau, Trousseau	200 fr.
Gratification à l'appariteur	20 fr.
Frais de correspondance du secrétaire	56.75
Frais d'impressions	117.85
Frais de recouvrements	8. »
	402.60

L'excédent de recette est de 139 fr. 90 à ajouter à l'avoir du syndicat qui était au 1er janvier 1886 de 1516 fr. 43, et qui se trouve actuellement de 1656 fr. 33, somme représentée par un livret de 1000 fr. à la caisse d'épargne, et par une encaisse de 656 fr. 33.

On procède ensuite à la nomination d'un délégué à la réunion générale de l'Union des Syndicats en 1887.

Le syndicat charge le président, ou à son défaut, le secrétaire de le représenter à cette réunion ; il vote une somme de 100 fr. pour les frais de voyage du délégué.

Le secrétaire donne lecture du rapport suivant, sur les actes du syndicat pendant l'année 1886.

Rapport sur les actes du syndicat médical d'Indre-et-Loire, pendant l'année, par le Dr Edmond Chaumier.

Messieurs,

Vous avez manifesté le désir, en votant vos statuts, qu'au début de chaque année votre bureau fasse parvenir à tous nos collègues un compte rendu des actes du syndicat pendant l'année écoulée.

Il n'est peut-être pas inutile, en effet, de jeter un regard en arrière, de voir le chemin parcouru et d'avoir une idée de celui qui nous reste encore à faire.

D'un autre côté la lecture de notre compte rendu peut nous amener des adhérents, en démontrant à ceux qui se sont tenus sur la réserve jusqu'ici, que nous existons et que nous agissons. Ces confrères, craignant, les uns, de sortir de la légalité, ayant peur, les autres, que les efforts du syndicat ne restent stériles, finiront peut-être par comprendre, en nous voyant marcher de l'avant, qu'en se joignant à nous ils obéiront à leur intérêt, tout en servant celui de tout le corps médical ; car le nombre, c'est l'autorité, et plus nous serons nombreux, plus nous obtiendrons.

C'est cette nécessité d'union qui a fait naître les syndicats médicaux dans tous les coins de la France ; et c'est pour que l'union soit plus complète encore qu'a été créé le syndicat des syndicats médicaux ; je veux dire l'Union des Syndicats.

Cette union des syndicats à laquelle vous avez adhéré dans votre séance de juillet, a son siège à

Paris. Son bureau se réunit plusieurs fois par an pour discuter les questions urgentes ; il renvoie à l'examen des syndicats locaux celles qui doivent être l'objet d'une étude plus complète.

Vous serez heureux d'apprendre qu'il a actuellement pour président le docteur Dupuy, de Vervins, député, celui-là même qui a proposé à la Chambre, un amendement à la loi des syndicats demandant le droit d'ester en justice pour les syndicats des professions libérales, et particulièrement pour les syndicats médicaux ; et qui a déposé en même temps un très grand nombre de pétitions de médecins, des syndicats médicaux membres demandant un vote dans ce sens.

L'Union des syndicats a, tous les ans, une réunion générale composée des délégués de tous les syndicats. La dernière réunion a eu lieu en novembre ; mais, comme lors de notre séance d'octobre, nous l'ignorions, vous n'avez pas pu nommer un délégué. ....

L'union met son influence et sa caisse à la disposition des syndicats médicaux, lorsqu'il s'agit de défendre une cause d'intérêt général. Les frais du procès de Domfront pour lequel l'année dernière vous aviez voté une somme de 100 francs, ont été payés en grande partie par l'Union.

C'est encore elle qui, cette année, a soldé les frais du procès Boutan, pour lequel vous aviez voté une somme de 100 francs, et vous vous rappelez la lettre du Dr Margueritte vous adressant les remerciements du syndicat du Hâvre, et vous avertissant qu'aucune contribution ne serait demandée au syndicat d'Indre-et-Loire.

Vous savez tous ce qu'était ce procès.

Le Dr Boutan avait refusé de délivrer un certificat énonçant la cause du décès d'un de ses clients, et destiné à être fourni à une compagnie d'assurances sur la vie. C'était la contre-partie du procès Watelet qui a eu tant de retentissement. Dans le cas présent on voulait forcer un médecin à violer le secret professionnel ; et si le tribunal n'avait donné gain de cause au Dr Boutan, il eût été vraiment curieux de voir le Dr Watelet condamné pour avoir violé le secret médical en défendant la mémoire d'un ami, et le Dr Boutan également condamné pour avoir refusé de violer ce secret.

Heureusement il en a été autrement, et le syndicat du Havre, qui avait prêté son appui au Dr Boutan, est sorti victorieux du procès, d'autant plus victorieux qu'il est dit dans le prononcé du jugement *qu'un syndicat médical peut être admis à ester en justice dans certains cas, et surtout si la partie adverse ne s'y oppose pas*.

La cause des syndicats médicaux peut donc être considérée comme gagnée et avec deux ou trois procès comme celui du Havre, il s'établirait une jurisprudence en faveur de leur droit d'ester en justice.

Mais ce droit ne pourra longtemps être méconnu. Le président de l'Union des Syndicats saura intéresser la Chambre à notre cause. Les pouvoirs publics, qui, après la campagne menée par les syndicats et *le Concours médical* en faveur de la révision de la loi sur l'exercice de la médecine, se sont crus obligés de déposer un projet de loi sur cette matière, ne sauront non plus se désintéresser de l'existence des syndicats. Un ministre en villégiature a déjà promis au président d'un syndicat médical de défendre nos syndicats.

Je viens de vous dire, Messieurs, que le gouvernement avait déposé un projet de loi sur l'exercice de la médecine. Avec le projet Chevandier et celui de l'Association générale, cela fait trois projets.

Celui du gouvernement est l'œuvre du comité consultatif d'hygiène de France, et surtout celle de MM. Brouardel et A. J. Martin, ses rapporteurs ; il vaut les deux autres ; mais son utilité réside principalement en ceci, que son projet émanant du gouvernement survit à une législature, alors que les projets individuels disparaissent en même temps que l'assemblée qui les a vus naître.

(A suivre.)

NOUVELLES

Le banquet offert à M. le professeur Ch. Bouchard, à l'occasion de son élection à l'Académie des Sciences, aura lieu à l'Hôtel Continental, le samedi 2 juillet. Ceux de ses élèves ou amis qui désireraient y prendre part sont priés d'adresser leur adhésion le plus tôt possible à M. le Dr *Charrin*, 8, rue de l'Oratoire.

Traitement préventif de la rage a l'Institut Pasteur. — Au moment où l'Institut Pasteur vient d'être reconnu comme établissement d'utilité publique, il n'est pas sans intérêt de montrer par le relevé statistique du traitement préventif de la rage qui y est pratiqué, quels bienfaits il a déjà rendus. Nous répondrons en même temps ainsi au grand nombre de demandes qui nous sont adressées de divers côtés à ce sujet. Les renseignements qui vont suivre sont établis d'après les tableaux publiés mensuellement dans les *Annales de l'Institut Pasteur*.

Depuis le mois de novembre 1885 jusqu'au 30 avril 1887, il a été traité à l'Institut Pasteur :

336 personnes, mordues par des animaux dont la rage a été reconnue par le résultat de l'inoculation du bulbe ou par le développement de la rage chez des personnes ou des animaux mordus en même temps ;

2392 personnes, mordues par des animaux dont la rage a été reconnue à l'autopsie faite par un vétérinaire ou par des symptômes présentés par l'animal ;

611 personnes, mordues par des animaux suspects de rage.

Total des personnes mordues.. 3339.

Le nombre des personnes ayant succombé à la rage après le traitement a été de 38, parmi lesquelles 23 Français et Algériens et 15 étrangers.

Sur ces 38 morts, il y en a eu 14 chez lesquels la rage a éclaté dans les quinze jours qui ont suivi le traitement, et qui pourraient très légitimement ne pas être comptés pour l'évaluation de la mortalité.

La mortalité ne s'élève ainsi qu'à 0,71 pour 100 et à 1,13 pour cent, en tenant compte de tous les décès. Les chiffres parlent ici d'eux-mêmes ! *(Gaz. hebd.)*

BIBLIOGRAPHIE

La Jeune Mère.

Rédacteur en chef : Dr E. Toussaint.

6 fr. par an. — Bureaux, 8, place de l'Odéon, Paris.

Il existe un grand nombre de journaux spéciaux qui apprennent aux jeunes femmes comment elles doivent s'habiller, organiser un dîner, une partie de campagne, une soirée : il y en a fort peu qui leur enseignent l'art de nourrir et d'élever leurs enfants.

Le journal *La Jeune Mère* s'adresse à l'inexpérience des mères et combat les préjugés nombreux sur la grossesse, l'accouchement, les maladies et les indispositions infantiles ; il enseigne aussi l'art difficile de former le cœur et l'esprit des enfants en leur ouvrant l'intelligence à tout ce qui est beau, vrai et bien. Fondé il y a douze ans par le Dr Brochard, le journal a été honoré de toutes sortes de récompenses. Aux points de vue de l'hygiène maternelle et de l'éducation du nouveau-né, c'est le *complément obligé* de tous les journaux que reçoivent les jeunes femmes.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St André, 3

Neuvième année **N° 27** 2 Juillet 1887

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

Le tannin contre la méningite.

Notre sympathique confrère Lardier (de Rambervillers) a publié un remarquable cas de méningite aiguë a frigore chez un enfant de 11 ans, cas dans lequel la guérison a paru pouvoir être attribuée légitimement à l'emploi du tannin, à la dose de 1 gramme par jour en 5 doses ; concurremment, il est vrai, un bonnet de glace était appliqué en permanence sur le cuir chevelu rasé.

M. Lardier avait été incité à essayer ce traitement par la lecture d'un travail de M. Duboué (de Pau), intitulé : *De l'emploi et de l'efficacité du tannin dans le traitement des inflammations des séreuses et des muqueuses.* L'éminent médecin de Pau a observé, lui aussi, deux cas de guérison de méningites, l'une aiguë cérébro-spinale, l'autre rhumatismale.

« Cette action du tannin dans la méningite ou dans l'inflammation de la séreuse cérébrale, dit M. Duboué, est loin d'être un fait isolé ; elle vient confirmer celle que j'ai déjà constatée, avec non moins d'évidence, dans le traitement de l'inflammation des autres séreuses, plèvre, péricarde, péritoine. J'ose dire que l'étonnement qui peut résulter de la lecture de l'observation si remarquable de M. Lardier, ne sera pas moins grand pour celui qui tiendra à observer les merveilleux effets de cet agent dans un cas bien avéré de péritonite partielle ou même générale. Or, ces cas sont loin d'être rares dans la pratique ordinaire de la médecine, et il est loisible à chaque praticien de vérifier mon assertion au lit des malades.

« Non seulement il pourra le faire avec des chances sérieuses de succès (j'ose pouvoir le dire après une expérience de plus de vingt ans), mais encore en toute sécurité de conscience. Car, je ne connais pas, dans toute la matière médicale, un agent qui réunisse mieux que le tannin, les conditions essentielles de tout excellent médicament, c'est-à-dire *une innocuité complète*, même à fortes doses, *jointe à une puissance d'action des plus rapides et des plus évidentes.* Je ne puis pas en donner une meilleure idée qu'en disant que, dans les cas les plus graves où j'ai dû l'employer, je n'ai jamais dépassé la dose de **6** *grammes* par jour, tandis qu'en France et à l'étranger, des praticiens éminents tels que Woillez, Burns (de Glasgow), Bayes, etc., l'ont donné impunément à la dose de **9** *à* **10** *grammes* par jour.

Comment agit le tannin dans tous ces cas ? Je crois qu'il agit, dans les inflammations des séreuses et des muqueuses, comme dans les kystes de l'ovaire ou la pneumonie, toutes affections où je l'ai employé avec des succès plus ou moins marqués, je crois qu'il agit, dis-je, en favorisant la reproduction de l'épithélium déjà desquamé ou en s'opposant à la desquamation de celui qui est encore intact au moment où ce médicament est administré. Il tanne donc, il conserve les tissus vivants qui servent de support à l'épithélium, comme il tanne, comme il conserve la peau des animaux morts.

Mais ce n'est là, je dois en convenir, qu'un simple aperçu physiologique, comme on peut en faire avec les seules données de la clinique. C'est à la physiologie expérimentale qu'il appartient, par les procédés rigoureux du laboratoire, de pousser l'analyse beaucoup plus loin et de nous instruire sur la véritable action physiologique de ce précieux médicament. Tout incomplet qu'il soit, ce simple aperçu n'en est pas moins utile pour le praticien, en ce qu'il lui permet de grouper dans son esprit les

principales applications thérapeutiques de cet agent : *les affections auxquelles il convient* sont, d'une manière générale, *toutes celles où prédominent les desquamations épithéliales partielles ou étendues.* Or, c'est là une donnée, ou, si l'on aime mieux, une formule clinique facile à retenir et d'une importance pratique indéniable. »

Le traitement de la syphilis à la Société des hôpitaux de Paris.
(Suite.)

M. *Vidal* continue la discussion sur le traitement de la syphilis en précisant quelques indications relatives au mode d'emploi du mercure et des iodures.

Il a remarqué que chez certains sujets en état de mauvaise nutrition, vieillards, alcooliques, cachectiques, l'administration du mercure augmente la tendance qu'ont déjà chez eux les syphilides à s'ulcérer et à s'étendre. Chez ces sujets, il faut surtout se préoccuper de remonter l'état général par les toniques et l'hygiène au lieu de persister dans le traitement mercuriel.

C'est au moyen des frictions surtout, et des pilules de sublimé, que M. Vidal introduit le mercure ; il a recours quelquefois aux injections hypodermiques de peptones mercuriques ammoniques dans certaines manifestations syphilitiques de la langue et des yeux.

Il n'a pas essayé les injections de calomel et d'oxyde jaune de Scarenzio et Smyrnoff, ne pouvant concevoir le mécanisme de leur action. Il ne sera pas tenté d'y recourir après les déclarations récentes et peu favorables de M. E. Besnier. Il a d'ailleurs vu revenir à l'hôpital avec des syphilides en pleine évolution des malades qui avaient été considérés comme guéris par cette méthode.

Pour les frictions mercurielles, il emploie la pommade suivante : Onguent napolitain, 60 gr. ; baume du Pérou 16 grammes ; avec 4 grammes de cet onguent on frictionne chaque jour la région des mollets, préalablement savonnés, et on enveloppe d'une compresse de flanelle. Ce traitement a pu être continué 2 et 3 mois sans salivation, grâce à la précaution d'obliger les malades à se nettoyer les dents trois fois par jour et à employer comme poudre dentifrice le mélange suivant : Poudre de ratanhia, 5 gram. ; avec poudre de quinquina rouge 15 gram.

Les frictions d'onguent mercuriel à la dose de 1 gr. sur le ventre et le foie des nouveaux-nés hérédo-syphilitiques, après savonnage de la peau, donne d'excellents résultats.

Comme pilules mercurielles, M. Vidal recommande la formule suivante : Sublimé, 0,01 centigr., extrait thébaïque 0,01 centigr. avec q. s. de mie de pain pour une pilule ; le malade en prend deux par jour.

Quand les lésions secondaires deviennent phagédéniques, dans les formes hybrides que Ricord a baptisées scrofulate de vérole, il faut associer aux iodiques les toniques.

Dans le cours de la deuxième année, contre les syphilides circinées tuberculo-squameuses, de transition, convient le sirop de Gibert ou le suivant dont M. Vidal a souvent constaté les bons effets.

Deutoiodure hydrargyrique.	0.15 centigrammes.
Iodure de potassium.......	15 grammes
Eau distillée..............	50 grammes
Sirop de quinquina.........	450 grammes

Ne pas filtrer cette solution, qui doit rester trouble, car les composés iodo-mercuriels se trouvent dans le précipité. On donne 2 cuillerées à bouche de ce sirop dans une infusion de menthe ou de tilleul avant les repas du matin et soir.

Les céphalées, les névralgies syphilitiques sont d'ordinaire très améliorées ou supprimées après dix jours d'administration de 4 à 6 gr. d'iodure de potassium par jour. On ne doit pas donner moins de 2 à 4 gr. et dans un liquide assez abondant, (infusion de chien lent ou de queues de cerises), car

FEUILLETON

De l'Hygiène des repas dans les pensions.

Je désire traiter depuis longtemps ce sujet et insister surtout sur un côté spécial de la question : je veux dire le silence imposé aux pensionnaires de l'un et l'autre sexe, pendant les repas. — C'est une habitude consacrée à peu près partout, de temps immémorial, et cependant son influence pernicieuse sur la digestion à venir est de toute évidence.

Une révolution à ce sujet est absolument nécessaire ; elle s'impose surtout aux directeurs... *économes* qui ont à redouter les critiques de ceux à qui ils servent leurs brouets, que je n'ose même pas appeler Spartiates, parce qu'ils rappellent la cuisine des Borgia !...

Une causerie vive et animée serait apte à dicter la tolérance et à donner le change sur le menu.

Je sais bien que, de dix à vingt ans, les estomacs sont assez complaisants pour ne pas s'insurger, même devant des haricots rouges, bi ou tri-hebdomadaires ; mais de grâce, assaisonnez-les au moins de saine gaieté ! C'est là une condition indispensable. Au lieu de cela, on laisse ces infortunés collégiens face à face avec la réalité, ou bien on leur impose une lecture aussi indigeste que leur repas. Le récit monotone d'un lecteur inhabile vient, à l'instar d'une dissonance, mêler son air de complainte au joyeux cliquetis des fourchettes et des mâchoires, comme pour en régler et en comprimer les élans. Pendant mes dernières années d'étude, j'ai entendu ânonner dans ces conditions la plupart des volumes de feu M. Thiers, sur l'histoire de France et la Révolution française. J'en demande pardon à la mémoire du grand patriote, mais je me préoccupais beaucoup plus à ce moment de ce qui entrait par ma bouche que de ce qui aurait dû entrer par mes oreilles. Sans doute, le futur hygiéniste se révélait déjà en moi, et je faisais dès lors une petite protestation contre cette mesure vexatoire au premier chef...

Que celui d'entre vous qui n'en a pas fait autant me jette la première pierre !...

Nous n'écoutions donc pas, jadis ; il est probable

ce sont surtout les petites doses qui provoquent l'iodisme, en empêchant le malade de bénéficier de l'action diurétique que possède l'iodure de potassium à partir de 2 gr. ; grâce à la belladone, on peut d'ailleurs diminuer l'excitation et la congestion iodique des muqueuses oculo-nasales.

Les principales contre-indications à l'emploi de l'iodure sont les affections des yeux, certaines dyspnées laryngées avec respiration bruyante.

M. Vidal termine sa communication en s'excusant d'avoir insisté sur beaucoup de petits détails et il rappelle fort heureusement la vérité pratique d'un aphorisme de Baglivi : *Magni momenti minutiæ*.

ÉPIDÉMIOLOGIE

La suette miliaire.

Il n'est pas encore possible de faire *très exactement* l'historique de l'épidémie de suette qui vient de frapper plusieurs départements ; nous disons *qui vient*, car les derniers renseignements qui nous ont été fournis présentent l'épidémie comme presque terminée ; les derniers médecins qui se sont transportés dans les localités atteintes, attirés par le désir d'étudier cette maladie mal connue, n'ont plus guère trouvé que des convalescents.

Pour donner satisfaction cependant au désir exprimé par quelques-uns de nos lecteurs, nous réunissons les renseignements qu'il a été possible de recueillir jusqu'ici.

La suette moderne, dite suette du Poitou, est certainement la même maladie que celle qui a exercé de si grands ravages en Angleterre, aux XVe et XVIe siècles. Telle est du moins l'opinion de L. Colin, auteur du remarquable article consacré à la suette dans le dictionnaire de Dechambre.

Dans les temps modernes, la France semble avoir eu seule à souffrir de cette maladie ; l'Allemagne du Sud, la Haute-Italie, la Suisse et la Belgique, qui en ont éprouvé quelques atteintes, les ont dues probablement à des émigrés de chez nous. Dans le XVIIIe siècle, on cite surtout les épidémies de Montbéliard (1713), d'Alsace (1714), de Picardie (1718). Dans ce siècle, plusieurs fois la suette a révélé sa présence dans notre pays, frappant de préférence certains départements ; les foyers principaux étaient dans le Nord et l'Est (Oise, Aisne, Seine-et-Oise, Seine-et-Marne, Marne, Bas-Rhin, Jura), dans le Centre (Allier, Puy-de-Dôme, Vienne et Haute-Vienne), dans le Sud (Hérault, Pyrénées-Orientales, Alpes-Maritimes) et dans l'Ouest et le Sud-Ouest (Deux-Sèvres, Charentes, Dordogne).

Parmi les plus récentes épidémies, il faut rappeler celles d'Aubière (Puy-de-Dôme, 1876), et en 1880 celle qui dans l'île d'Oléron, frappa 1000 individus et causa 142 décès. On en doit la relation à MM. Ardouin et Pineau, complétant les renseignements qu'avaient recueillis les observateurs antérieurs, Roger, Parrot, Bucquoy, G. de Mussy, Barth et Landouzy, Foucart.

Voici comment s'est développée l'épidémie actuelle, d'après M. Jablonski, médecin des épidémies de l'arrondissement de Poitiers, qui vient d'adresser à la Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle le résumé des observations qu'il a faites à Montmorillon.

« La maladie débuta au village de Poilieux, situé à 8 kilomètres au sud de Montmorillon. C'est là que pour la première fois, le docteur Guillé reconnut la suette miliaire chez deux femmes qui succombèrent au cinquième jour de la maladie.

La suette apparut presque simultanément dans les communes voisines : Saulgé, Moulismes, Plaisance, Journet, Sillars et enfin Montmorillon.

Toutes ces localités sont situées sur un plateau de calcaire jurassique superposé aux marnes grises et aux calcaires du lias et traversé par la *profonde vallée* de la Gartempe. Dans ce plateau calcaire, élevé d'environ 80 ou 90 mètres au-dessus du niveau de la rivière, sont creusés de nombreux étangs circonscrits par des amas de sables terreux avec bancs de grès grossiers. Les fièvres paludéennes sont endémiques dans cette contrée.

Avant l'apparition de la suette, on avait observé

---

que nos successeurs sur les bancs peu moëlleux de l'école ont continué de marcher sur nos traces. Pourquoi dès lors leur imposer le supplice d'une lecture faite sans goût et même sans choix, au moment où leur esprit a le plus besoin d'être détendu, de se reposer, en un mot.

Le repas devrait être le commencement de la récréation, dans tous les pensionnats. Il perdrait ainsi ce qu'il a de répugnant et habituerait nos enfants et nos neveux à savoir manger, lorsqu'ils se trouvent dans la famille. Connaissez-vous un spectacle moins intéressant que celui d'un grand potache qui se rue sur les aliments et fait disparaître le contenu de son assiette avant même qu'on ait eu le temps de servir ses voisins ? Il ne sait pas manger, le malheureux, on ne lui a appris qu'à déglutir. Il ne sait pas mettre un intervalle rationnel entre chaque bouchée, intercaler quelques réflexions ou rendre quelque service, puisqu'on lui fait un mérite, *au bahut*, de manger bestialement, sans s'occuper de ceux qui l'entourent, sans proférer un mot.

Je n'insiste pas : ma cause se recommande d'elle-même, sans que je sois obligé de faire preuve d'érudition, en citant un grand nombre d'auteurs illustres qui condamnent la précipitation dans les repas et prescrivent l'éloignement de toute contention d'esprit, capable de réagir d'une façon fâcheuse sur le fonctionnement du plus tyrannique de nos viscères, l'estomac. Une longue et soporifique citation ne vous apprendrait rien.

Les personnes étrangères à la médecine savent elles-mêmes que les aliments doivent être lentement broyés et lentement imprégnés des sucs digestifs, leur sensualité s'abritât-elle, comme dans le cas dont parle Brillat-Savarin, « sous l'égide d'un dindon vierge avantageusement farci ».

Elles n'ignorent pas non plus que le bol alimentaire, s'il est insuffisamment élaboré, s'il arrive dans le tube digestif sous une forme trop grossière, exigera un surcroît de travail de l'organe pour être digéré. Il pourra même agir comme un corps étranger. Nombre de dyspepsies n'ont d'autre point de départ. J'en ai vu à Vichy des exemples non douteux.

Le mal étant connu, que faut-il faire ? Quel est le remède à lui opposer ? Eh ! il n'y a qu'à faire la contre-partie de ce qui précède, qu'à accorder à

depuis plusieurs mois des rougeoles anomales, formes hybrides dont l'éruption tenait de la rougeole et de la scarlatine ; ces rougeoles présentaient souvent des complications bronchiques ou méningitiques très graves, à marche rapide, qui enlevaient les malades en deux ou trois jours. Cette forme grave de la rougeole a été signalée particulièrement dans le canton de Lussac, à Sillars, commune située à 8 kilomètres à l'ouest de Montmorillon où, sur 1,100 habitants il y eut une vingtaine de décès au mois de mars. La rougeole a sévi également avec une grande intensité dans les communes de l'arrondissement de Montmorillon dont les noms suivent et où l'on a dû, par mesure sanitaire, licencier les écoles, depuis le 26 février jusqu'en mai : Fleix, Verrières, Lhoumaizé, Gouex, Montmorillon, Villeneuve, Saulgé, Saint-Martin-la-Rivière, Lauthiers, Chapelle-Morthemer, Persac et de Pouzioux, Jouhet, Saint-Martin-Lars, Saint-Sabin, Moussac, l'Isle, Jourdain, etc.

Dans presque toutes ces communes, on a remarqué des cas de rougeoles scarlatiniformes, sans caractères bien tranchés, et analogues à ceux qui précédèrent l'épidémie de suette de 1845 dans l'arrondissement de Poitiers.

Vers la fin d'avril, la suette apparut seule et dégagée de toute complication. Nous n'insistons pas aujourd'hui, faute de renseignements suffisants, sur les cas de suette signalés dans les diverses localités de l'arrondissement ; nous nous bornerons à la description de l'épidémie de la commune de Montmorillon que nous avons étudiée sur place.

Dans cette commune, qui compte environ 5,600 habitants, on a constaté pendant le mois de mai près de 300 cas de suette qui ont donné lieu seulement à 13 décès.

La maladie a sévi surtout sur les adultes de 18 à 45 ans et particulièrement sur les individus du sexe masculin (sur 13 décès il y a eu 10 décès d'hommes). Aucun enfant au-dessous de 11 ans n'a été atteint. »

D'après le docteur Daremberg, correspondant du *Journal des Débats*, « dans la ville de Montmorillon, sur 5,128 habitants, il y a eu 47 décès du 3 mai au 19 juin. A Saulgé, 21 décès sur 1,460 habitants ; à Moulismes, 45 cas et 15 décès sur 940 habitants ; le maire, l'adjoint et sa femme, l'instituteur ont été enlevés en quelques heures. A Moussac, sur 1,140 habitants on compte 36 décès ; à Saint-Remy, plus de 50 cas sur 893 habitants. Dans le département de la Haute-Vienne, l'épidémie a éclaté le 4 juin à Bussières-Poitevine (canton de Bellac) ; sur 2,270 habitants on compte déjà plus de 200 cas et 13 décès, dont 6 du 4 au 6 juin. Autour de Bussières, l'épidémie s'est répandue, mais elle est bénigne. Dans cette région les cas de suette sont accompagnés de nombreux cas de maladies regardées toujours comme étant des rougeoles. Dans le département de l'Indre, les communes situées sur le bord de l'arrondissement de Montmorillon ont été atteintes pendant ces derniers jours.

On compte déjà 55 cas et 6 décès dans les communes de Concremiers, Saint-Hilaire et Lignac.

Dans cinq ou six communes on ne trouverait pas dix personnes ayant échappé à l'épidémie actuelle. »

Voici la description des symptômes, telle que la donne M. Jablonski :

« *Prodromes et invasion.* — Quelquefois, nous l'avons dit, la suette est survenue dans l'épidémie de Montmorillon, comme complication d'une autre maladie, notamment de la rougeole. Mais d'ordinaire, l'invasion de la maladie s'est faite brusquement, au milieu d'une santé parfaite, souvent même pendant le sommeil. Il n'y avait donc pas de prodromes.

Tout à coup le malade se réveillait, le corps inondé de sueurs ; cette transpiration s'accompagnait quelquefois de fièvre, et toujours de céphalalgie frontale et d'anorexie. Le médecin constatait le lendemain un état saburral de la langue, pas de fièvre, aucune élévation de la température, une soif modérée, des urines normales, souvent de la constipation, parfois des nausées.

Les sueurs plus ou moins abondantes, souvent profuses, exhalaient une odeur insupportable et s'accompagnaient de constriction épigastrique, d'anxiété précordiale et parfois d'une prostration profonde ou d'un sentiment de frayeur involontaire.

Les malades se plaignaient toujours d'insomnie,

---

tout le monde, petits et grands, le temps voulu pour réparer ses forces d'une façon rationnelle et profitable.

On s'accorde généralement aujourd'hui à reconnaître qu'il y a avantage à ne pas trop surmener les facultés des jeunes gens pour éviter la nausée cérébrale, à couper fréquemment leurs études, de façon à permettre à leur esprit de reprendre ensuite son essor avec plus de vivacité.

Pourquoi ne pas ajouter à ces haltes le temps si court consacré aux repas ? Pourquoi ne pas égayer les salles à manger si froides des Mazas universitaires ? Il me semble que ce serait une bonne mesure à tous les points de vue, et je demande à ceux d'entre vous qui le peuvent, de l'appuyer et de la faire triompher.

Un pensionnat où l'on ne rit pas, où l'on ne joue pas, m'a toujours fait suspecter la prudence du régime moral auquel il est soumis. C'est peut-être même là le secret de la supériorité de certains établissements fort en vogue, où les directeurs mettent tout en œuvre pour distraire leurs élèves et prennent eux-mêmes part à leurs jeux, avec un entrain et une bienveillance qui n'ont jamais fait tort à la discipline. L'exemple de la gaieté, de l'abandon, est facilement communicatif chez nos enfants ; il est bon de leur inculquer de bonne heure de saines habitudes hygiéniques et de leur apprendre à remplir les devoirs de sociabilité qu'impose la vie en commun.

En terminant, je vous prie de m'excuser d'avoir traité sur un mode peut-être un peu léger un sujet qui, sans doute, n'a rien de bien grave en soi, mais qui pourtant a son importance. Il n'y a pas de petites choses, ni de choses indifférentes, quand il s'agit d'hygiène. Mais, j'ai pensé qu'il valait mieux présenter d'une façon souriante le placet de mes protégés, les collégiens. De la sorte, si quelque haut personnage du Ministère de l'instruction publique y jette les yeux, il aura un avant-goût de la joie bruyante qu'il pourrait provoquer partout, en mettant fin au silence glacial qui est de mise dans un couvent, mais non dans un établissement scolaire. Je lui prédis même une popularité durable, et j'espère que cette considération ne manquera pas de s'ajouter aux bonnes raisons données plus haut !

Dr GRELLETY (de Vichy).

Éruption. — Au bout de deux ou trois jours, quelquefois quatre, commençaient à apparaître les premières traces d'éruption. A ce moment, la dyspnée, l'anxiété précordiale et les autres symptômes graves de la maladie s'accentuaient davantage : le malade éprouvait une sensation de gonflement pénible dans les mains et de picotement sur toute la surface du corps.

Bientôt on remarquait sur le cou, sur la poitrine, sur les avant-bras et parfois sur toute la peau, une multitude de petites papules rouges (miliaire rouge), au sommet desquelles se formait souvent une petite vésicule blanchâtre (miliaire blanche). Cette éruption papuleuse ou vésiculeuse, suivant les cas, apparaissait dans l'espace de cinq ou six jours, tantôt simultanément, tantôt par poussées successives. Habituellement l'éruption était complète le neuvième jour.

On a vu cependant, dans quelques circonstances rares, de nouvelles éruptions se manifester au bout d'un ou deux septénaires.

Desquamation et convalescence. — Vers le dixième ou le onzième jour commençait la desquamation, le plus souvent furfuracée, quelquefois par lambeaux épidermiques comme dans la scarlatine,

Même dans les cas bénins, la convalescence était toujours de longue durée.

Marche de la maladie. — Terminaison. — La marche de la suette a été variable, soit qu'elle se terminât par la mort ou par la guérison.

Dans le premier cas, les malades succombaient vers le deuxième ou le troisième jour, au moment de la période d'éruption, avec des phénomènes d'oppression, d'angoisse précordiale, et souvent des crampes dans les membres. Parfois le délire ou les vomissements survenaient quelques heures avant la mort.

Si la guérison devait avoir lieu, on voyait au bout du premier septénaire l'amélioration se prononcer, et le malade entrait dans la période de desquammation et de convalescence.

Dans tous les cas, la maladie a été constament exempte de complications cardiaques, pulmonaires ou cérébrales.

L'étiologie et le mode d'extension de la suette sont entourés d'une obscurité absolue.

« Les émanations dégagées des malades et aussi des cadavres dont tous les observateurs notent la putréfaction rapide, paraissent jouer un rôle important dans la transmission, disent les uns.

A Oléron, le sous-préfet paraît avoir contracté la suette en visitant les malades. Mais peut-on affirmer qu'il se soit agi d'une contagion directe ? Beaucoup de médecins ne peuvent décider si la suette est réellement contagieuse. En tout cas, le miasme ou contage n'est pas, semble-t-il, transporté par les vents. Il a marché en sens inverse à Oléron. Rien ne permet d'incriminer les eaux potables.

Dans certains cas il semble que l'on puisse suivre le transport du mal. Ainsi en 1880, pendant le mois de juin, la suette est cantonnée dans le village des Allards, dans l'île d'Oléron. Le 2 juillet, un habitant du village de Saint-Pierre vient aux Allards assister à l'enterrement d'un parent mort de suette. Il rentre chez lui, il est pris le même soir de suette et meurt en moins de 12 heures.

En 1529, le 25 juillet, la suette éclate à Hambourg. Ce jour même avait débarqué un navire venant d'Angleterre et dont 12 passagers étaient morts de suette. La même année la suette en Allemagne paraît avoir été partout propagée par les transactions commerciales ; les marchands contractant le mal aux foires, si fréquentes à pareille date, de Francfort-sur-le-Mein. L'épidémie de 1486 suivit pas à pas le voyage triomphant de Henri VII et son armée.

Ces faits rappellent la transmission de beaucoup de maladies contagieuses et en particulier du choléra. Mais on peut leur en opposer d'autres. Ainsi, dans l'épidémie d'Oléron, une fois le premier cas constaté à Saint-Pierre, tous les villages de l'île sont pris en moins de 15 jours.

Dans certaines épidémies anglaises, le mal se généralisa avec une rapidité extrême qu'on ne peut comparer qu'à celle affectée par la grippe. »

Par contre, nous dit M. Jablonski :

« S'il m'était permis de formuler une opinion personnelle sur la *nature de la maladie*, j'inclinerais à penser, avec M. le docteur Léon Colin, que la suette est bien plutôt une *affection des nerfs cardio et vaso-moteurs* qu'une véritable fièvre éruptive.

Nous savons, en effet, que la suette n'est ni contagieuse, ni inoculable (un de nos confrères de Montmorillon, le docteur Coutancin, en a fait l'épreuve sur lui-même) ; nous savons aussi que les agglomérations n'ont aucune influence sur le développement de la maladie. Toutefois, la soudaineté, la simultanéité avec laquelle la suette frappe les populations, doit la faire classer parmi les maladies épidémiques dues, à notre avis, à des influences atmosphériques jusqu'à présent inconnues.

Le miasme paludéen ne nous paraît pas devoir être sérieusement incriminé (quoiqu'il y ait dans cette contrée des étangs nombreux au voisinage desquels règne endémiquement la fièvre intermittente), parce que la maladie sévit surtout sur les hauteurs, à Montmorillon, par *exemple, et aussi à cause* de l'insuccès relatif du traitement par la quinine. »

Prophylaxie. — Bien que la notion de contagion ne soit pas prouvée, les médecins des localités atteintes n'ont pas hésité à prescrire des mesures sanitaires telles qu'il convient d'en prendre en cas de maladies contagieuses. Les instructions sanitaires dont nous avons le texte sous les yeux et qui ont été données par MM. Chédevergne, Auché, Jablonski, membres du Conseil central d'hygiène de la Vienne, et par MM. Desrozeaux, Guillé, Lhuillier, membres du Conseil d'hygiène de l'arrondissement de Montmorillon, étaient irréprochables.

Aussi ne comprenons-nous pas la critique, qui paraît sous les lignes suivantes empruntées à une analyse, donnée par le *Temps*, de la lettre écrite par M. Daremberg aux *Débats* :

« Le docteur Daremberg dit que si on avait pris des précautions en février et mars, au moment où la ville de Poitiers et l'arrondissement de Lussac étaient infestés de ces prétendues rougeoles, l'épidémie actuelle n'aurait pas ravagé l'arrondissement de Montmorillon. Les mesures sanitaires ont été prises seulement le 12 juin, à la suite d'une inspection opérée par le professeur Brouardel. Elles consistent dans la désinfection des locaux et objets mobiliers des malades à l'aide de l'acide sulfureux ou de l'acide phénique. Cette désinfection, opérée par le maire, les gardes-champêtres et les cantonniers, est installée et surveillée par M. le docteur Thoinot, délégué du ministère, et quatre internes des hôpitaux de Paris. On peut affirmer que depuis l'installation de ces pratiques d'assainissement la maladie s'est fortement atténuée sur tous les points atteints. »

Dans une lettre datée du 26 juin et adressée au *Bulletin médical*, M. Jablonski proteste énergiquement contre les critiques auxquelles nous faisions allusion plus haut :

«On nous a accusés, dit-il, de n'avoir pas pris les mesures nécessaires au début de l'épidémie (or, nos instructions publiées dans votre dernier numéro datent du 30 mai, et M. le Dr Brouardel n'est venu à Montmorillon que *treize jours après*), mais surtout parce que certaines statistiques publiées dans les journaux donnent le chiffre de 300 décès de suette dans l'arrondissement de Monmorillon, quand, en réalité, il y en a eu à peine la moitié.

Pour ce qui est du nombre des individus atteints, il a été très considérable ; je crois qu'on peut l'évaluer à 2,000 personnes au moins pour l'arrondissement de Montmorillon, ce qui donne une mortalité moyenne de 7 à 8 pour cent. »

THÉRAPEUTIQUE

Suivant M. Foucart qui, en 1854, a traité 1,400 malades dans la Somme, l'Aisne et l'Oise, sans en perdre un, le traitement de la suette miliaire doit consister dans :

1° L'emploi de couvertures légères :

2° Les boissons froides, en très petite quantité à la fois et souvent répétées.

3° Les vomitifs administrés et comme évacuants des premières voies et comme agents perturbateurs de l'économie (l'Ipécacuanha est le seul qui doive être employé en cette circonstance) ;

4° Les purgatifs salins destinés à combattre la constipation, constante dans cette affection ;

5° Les révulsifs cutanés, et principalement le sinapisme épigastrique et sus-sternal dans le cas de suffocation ;

6° Une diète sévère pendant la maladie; une alimentation légère et exclusivement liquide pendant les premiers jours de la convalescence. »

M. Foucart ajoute : « Dans le traitement de la suette miliaire, les couvertures nombreuses, les boissons chaudes sont toujours nuisibles, souvent mortelles » (1).

Le traitement employé par les médecins de Montmorillon a été le suivant, dit M. Jablonski :

1° Vomitif ou purgatif au début ;

2° Sulfate de quinine et extrait de quinquina à hautes doses (Desrozeaux) ;

3° Toniques et arséniate de strychnine (Dr Guillé);

4° Alcool et perchlorure de fer (Drs Coutancin et Lhuillier) ;

5° Atropine pour modérer les sueurs (Coutancin).

Tous les médecins se louent de l'emploi des vomitifs et surtout de l'ipécacuanha. La quinine administrée par différents procédés (méthode ordinaire, méthode endermique, en lavement, en frictions), n'a pas donné au Dr Guillé les résultats qu'il en attendait ; les docteurs Desroseaux et Coutancin disent l'avoir administrée avec succès dans les formes rémittentes.

On pourrait peut-être essayer les injections hypodermiques d'éther au moment des crises d'oppression et d'anxiété précordiale. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 juin

Nous sommes heureux de féliciter notre éminent et sympathique confrère M. Gibert (du Havre), président honoraire de l'Union des Syndicats, de son élection au titre de *membre correspondant national*. Cette distinction, la plus haute que puisse ambitionner un médecin de la province, était bien due au talent médical de M. Gibert, à ses publications, à l'initiative si honorable qu'il a prise en créant le dispensaire pour les maladies de l'enfance qui a servi de modèle à toutes les créations analogues en France.

M. Riembault (de Saint-Etienne) a été égalment élu correspondant national.

M. Brouardel a lu, au nom de MM. Ogier et Minovici un travail sur *les ptomaïnes au point de vue des causes d'erreur dans les recherches toxicologiques*.

M. Le Dentu : *De l'œsophatogomie interne à séances multiples ; modifications à l'instrument de Maisonneuve.*

M. Corlieu : *Sur les jetons des Doyens de l'ancienne Faculté de médecine de Paris.*

M. Peter : *Du surmenage intellectuel et de la sédentarité dans les écoles.* (Sera analysé dans le prochain numéro.)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 juin 1887.

MM. Ch. Richet et Blondeau : *Influence du travail musculaire sur les échanges respiratoires.*

R. Regnard et Loye : *Recherches sur un supplicié.*

Cornil et Toupet : *Lésions du rein dans l'intoxication par la cantharidine.*

Legs Fœhr.

Un legs de 40,000 fr. est fait à l'Académie des sciences par Mlle Fœhr, avec cette condition que les intérêts serviront chaque année à récompenser les auteurs des meilleurs travaux sur l'art de guérir.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

Couveuse et gavage.

I. *Préambule.* — II. *Les enfants nés avant terme ou prématurés.* — III. *De la couveuse.* — IV. *Du gavage.* — V. *Conclusion.*

I. A mesure que l'art des accouchements entre de plus en plus dans la voie scientifique, chaque branche de cet art fait de nouveaux progrès. La femme, la parturiente, a largement bénéficié de l'antisepsie ; le nouveau-né, dont l'hygiène et l'alimentation n'étaient trop souvent réglées que par des principes dont la routine était la seule raison, commence à profiter à son tour du nouvel état de choses.

Ce sont surtout les enfants nés avant terme, les *prématurés*, dont on s'est occupé dans ces dernières années; on n'en est plus au temps où Mauriceau écrivait : « Il est si rare de voir vivre un enfant dans la suite qui est né véritablement à sept mois, que, de mille, à peine s'en rencontre-t-il un qui échappe. « Les choses ont bien changé : « Grâce à l'emploi de la couveuse et du gavage, l'époque de la viabilité, au point de vue clinique, arrive à se confondre avec l'époque de la viabilité légale (six mois). » (Tarnier et Budin).

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1887.

C'est l'étude des conditions particulières dans lesquelles se trouvent les prématurés et des avantages qu'ils retirent de la couveuse et du gavage que notre excellent collègue Berthod vient de faire dans une thèse fort intéressante (1) : il était fort bien placé pour recueillir les éléments à la Maternité de Paris qui est le berceau de ces nouvelles méthodes.

II. *Les enfants nés avant terme.*

Parmi les enfants qui viennent au monde, ceux qui naissent avant terme, les *prématurés*, fournissent un apport relativement considérable ; ils constituent actuellement, en raison du milieu spécial, presque le tiers du chiffre total des naissances à la Maternité. Les causes de ces accouchements hâtifs sont variées : en dehors des conditions défavorables de milieu et de vie, la misère, les travaux de fabrique, l'alcoolisme, la syphilis, les affections organiques, surtout cardio-pulmonaires, en sont les facteurs les plus importants. Sans compter que l'accouchement prématuré artificiel est actuellement très recommandé en France et qu'il constitue le procédé de choix pour nombre de rétrécissements du bassin, cette opération est d'autant plus utile, que l'accoucheur peut lutter contre les conditions défectueuses où va se trouver placé le nouveau-né.

De nombreuses particularités anatomo-physiologiques distinguent les prématurés des enfants venus à terme ; leur aspect diffère suivant l'époque de la grossesse ; d'une manière générale ils se font remarquer par la faiblesse de leur vitalité, le chiffre élevé de leurs maladies, le taux énorme de leur mortalité, par suite du manque de résistance de leur organisme incomplètement développé.

En raison de son moindre volume, la surface cutanée de refroidissement chez le prématuré nouveau-né est plus grande que chez l'enfant à terme et la perte de chaleur par rayonnement beaucoup plus considérable ; de plus, les phénomènes d'oxydation, et partant de calorification, sont à leur minimum : les prématurés exécutent d'ailleurs très peu de mouvements et brûlent très peu d'oxygène dans l'intimité de leurs tissus. Autant de causes réunies pour que le *prématuré* devienne en même temps un *refroidi*, chez lequel la vitalité sera très affaiblie, exposé au sclérème, aux entérites, etc. — Dès que les prématurés ont franchi les deux premières semaines, ils commencent à téter et à augmenter de poids ; ils se développent alors relativement plus vite que les enfants à terme et deviennent souvent aussi forts.

Mais il faut lutter pendant les premiers jours ; il faut qu'artificiellement on maintienne la température du nouveau-né à un degré suffisant pour lui permettre de vivre et qu'en même temps on le nourrisse s'il n'a pas la force nécessaire pour prendre le sein.

III. *La couveuse.*

Les accoucheurs se sont ingéniés de tous temps à abaisser autant que possible la déperdition de chaleur chez les enfants nés avant terme : parmi les divers moyens employés dans ce but, les plus connus sont l'enveloppement avec des étoffes de laine ou de coton, les frictions sur tout le corps avec de l'eau-de-vie, du vin aromatique, de l'eau de lavande, les lavements excitants, les injections sous-cutanées d'éther ou de teinture de musc, le massage, les bains chauds dans lesquels on a mis deux ou trois litres de vin, etc., etc. Tous ces moyens étaient regardés comme insuffisants, lorsqu'en 1880 le professeur Tarnier eut l'idée de faire construire une boîte analogue à celle qui est employée pour couver artificiellement les œufs et d'y placer les nouveaux-nés trop débiles.

Sans parler des différents appareils construits sur ce modèle et qui conviennent plus particulièrement aux services d'accouchement (couveuse à thermo-siphon, etc.), voici le type de couveuse le plus simple, telle que l'a décrite M. Auvard : il se compose d'une caisse en bois longue de 65 centimètres, large de 36 centimètres, haute de 50 centimètres (dimensions extérieures), l'épaisseur des parois étant d'environ 25 millimètres. L'intérieur de la caisse est divisé en deux parties par une cloison horizontale incomplète située à environ 15 centimètres de la paroi inférieure.

Dans l'étage inférieur, destiné à recevoir des boules d'eau (moines), sont pratiquées deux ouvertures, l'une latérale occupant toute la longueur de la paroi fermée par une porte à coulisse et pouvant à volonté se tirer dans les deux sens : c'est la voie d'introduction des boules. L'autre percée à une des extrémités de la boîte, obturée par une porte incomplète, c'est-à-dire moins grande que l'orifice qu'elle recouvre, de manière à permettre toujours le passage d'une certaine quantité d'air.

L'étage supérieur, disposé pour recevoir l'enfant, est garni de coussins à cet effet ; il s'ouvre en haut par un couvercle vitré dont la fermeture est aussi complète que possible ; deux boutons permettent de l'enlever facilement. Sur la paroi supérieure se trouve un orifice de sortie.

Dans l'ouverture qui fait communiquer les deux compartiments, on place un thermomètre et une éponge imbibée d'eau simple pour humidifier l'air. Les parois de la couveuse doivent avoir une épaisseur de 25 millimètres environ ; on peut les rendre plus isolantes en les tapissant à l'intérieur et à l'extérieur d'un feutre blanc ou d'une toile blanche sous laquelle on glisse une légère couche d'ouate.

Le chauffage se fait au moyen de boules de grès ou moines ; la couveuse peut en contenir cinq, mais quatre ordinairement suffisent pour maintenir la chaleur nécessaire, c'est-à-dire variant entre 31° et 32°, la température extérieure de la chambre étant de 16° à 18°.

Pour chauffer la couveuse, on commence par mettre trois boules remplies d'eau bouillante dans l'appareil ; au bout d'une demi-heure, elle a atteint le degré voulu et on y place l'enfant ; si la température tend à s'élever au-dessus de 32°, on ouvre légèrement le couvercle en verre pendant quelques instants.

(1) Thèse de Paris, 1887, Octave Doin, éditeur. La couveuse et le gavage à la maternité de Paris.

Au bout de deux heures on met une quatrième boule et à partir de ce moment toutes les heures et demie ou deux heures, il faut changer le contenu d'une des boules, la moins chaude, et avoir soin d'y verser de l'eau bien bouillante. Le changement des boules doit, autant que possible, coïncider avec la sortie de l'enfant hors de la couveuse, sortie qui a pour effet de refroidir l'appareil ; on évite presque complètement le refroidissement en refermant le couvercle aussitôt après qu'on a enlevé l'enfant.

L'air, qui pénètre par la petite trappe, s'échauffe au contact des boules, et devenant ainsi plus léger, monte dans l'étage supérieur ; il s'imprégne au passage de vapeur d'eau au contact de l'éponge qu'on a soin de conserver humide. Cet air vient ensuite entourer l'enfant, s'échappe par l'orifice de sortie placé à l'extrémité opposée.

La couveuse ainsi construite est un appareil simple, facile à faire fabriquer n'importe où, peu coûteux et très suffisant pour la pratique. Le bois employé pour sa construction doit être léger et peu dense, de telle sorte que l'appareil soit facilement transportable et que la chaleur s'y conserve bien. Le sapin non verni, le marronnier doivent être préférés aux essences de bois durs, comme le chêne et les bois de luxe. — Les « moines » peuvent être remplacés par d'autres boules ou par de simples bouteilles en grès.

La température extrême de la couveuse sera de 35°, elle variera du reste avec les enfants: plus élevée pour les jeunes prématurés, elle sera plus faible pour les prématurés de 8 à 8 mois et demi. Le critérium sera la température rectale de l'enfant prise dans la couveuse deux fois par jour et qui devra toujours osciller autour de 37°, sans jamais dépasser notablement ce chiffre.

Quant aux objections plus ou moins fondées qui ont été faites à la couveuse, M. Berthod les réfute victorieusement, en montrant que les accidents qui peuvent en résulter sont dus à la négligence ou à la malpropreté. Un lavage rigoureux de l'appareil avec une solution antiseptique forte suffit à écarter toute chance possible de diphthérie, d'érysipèle ou de conjonctivite purulente par contamination dans l'appareil. Pour protéger la couveuse contre les parasites (punaises, etc.), il suffit de faire baigner dans la liqueur de Van Swieten les pieds du ou des tréteaux supportant l'appareil.

On a reproché à la couveuse d'être un danger pour l'enfant qui serait exposé, par suite des variations de température, à des refroidissements ; or, la statistique et la clinique montrent que les affections pulmonaires ne sont pas plus fréquentes chez les enfants mis dans la couveuse que chez les enfants qui vivent en dehors de cet appareil ;

Les dangers qui seraient à redouter pour l'enfant par suite de la surélévation de la température, de l'obstruction d'une des prises de l'air de l'appareil, de la sécheresse trop grande de l'air ne sont guère à craindre avec la couveuse du petit modèle ; ils résulteraient de la négligence de la personne chargée de surveiller l'enfant.

D'ailleurs, les hésitations, que ces dangers fictifs pourraient faire naître dans l'esprit des médecins, disparaissent vite en voyant quels résultats on obtient à l'aide de la couveuse : depuis cinq ans qu'on l'emploie à la Maternité, un prématuré de sept mois a sensiblement autant de chance de vie qu'un enfant de sept mois et demi en avait auparavant. La proportion de survie pour les enfants mis dans la couveuse est de 30 p. 100 à six mois, de 53 p. 100 à six mois et demi, de 63.7 p. 100 à sept mois, de 78,7 p. 100 à sept mois et demi. Pour les enfants débiles, tarés que l'on met dans la couveuse, on a la proportion de 85,9 de survie à 8 mois, de 91,6 à huit mois et demi.

La température de la couveuse a une action remarquable sur la disparition du sclérème ; de plus, alors que l'apparition du sclérème était la règle chez les enfants nés avant terme, il est sans exemple que des plaques de sclérème se soient produites sur des enfants nés avant terme, et mis dans la couveuse ; de même, le scléræděme souvent secondaire ou sclérème vrai, est heureusement influencé par la couveuse.

La couveuse est actuellement le meilleur agent symptomatique contre l'hypothermie des nouveaux-nés ; elle est employée non seulement pour les prématurés, mais pour tous les nouveau-nés (avant terme ou non) qui ont beaucoup souffert pendant le travail ; c'est ainsi qu'il est très utile de mettre les enfants dans une couveuse lorsque l'accouchement a été pénible, qu'il a été terminé par une version ou par une application de forceps difficile ayant laissé quelque trace du côté du crâne fœtal.

Les enfants des albuminuriques, des éclamptiques, des syphilitiques, qui constituent d'ailleurs une bonne part des prématurés, se trouvent également bien d'un séjour de quelques jours dans la couveuse ; ils y reprennent de la vitalité, surtout lorsqu'on a soin de veiller à leur alimentation et de suppléer, s'il est besoin, à l'allaitement naturel.

IV

It ne suffit pas de réchauffer artificiellement les prématurés ; il est souvent nécessaire aussi de les alimenter ; car ils sont trop faibles pour prendre le sein et se nourrir d'eux-mêmes.

Il importe de choisir une nourrice qui n'ait point les mamelons trop rigides et chez laquelle le lait puisse facilement s'écouler du sein ; on exprime le lait de la nourrice dans une cuiller dont on fait absorber le contenu à l'enfant. La quantité de lait varie : pour un jeune prématuré, pour un enfant de six mois par exemple, 10 et même 8 grammes de lait suffisent à constituer un repas. Les séances doivent être alors fréquemment répétées : M. le Dr Tarnier conseille de faire prendre aux enfants, dans ces conditions, un repas par heure pendant le jour et toutes tes deux ou trois heures pendant la nuit. Plus tard, la quantité de lait employée devient plus considérable (20 à 40 gr.) ; les repas peuvent se faire à intervalles de plus en plus éloignés, toutes les deux ou trois heures pendant le jour, de quatre en quatre heures pendant la nuit. Il faut, en tout

cas, s'assurer que l'enfant, nourri au sein ou à la cuiller, avale bien la quantité de lait ingérée.

Souvent le prématuré se fatigue à exécuter le mouvement de déglutition nécessaire pour que le lait passe de la cavité buccale dans le pharynx et l'œsophage ; d'autre part, il est des enfants nés à terme qui ne peuvent téter par suite d'un vice de conformation congénital, un bec-de-lièvre, par exemple, ou pour tout autre cause accidentelle, comme une brûlure de la bouche ou des lèvres ; tantôt enfin, c'est pour éviter la transmission de la syphilis, de la dipthérie qu'on abandonne l'allaitement direct et qu'on se sert d'un intermédiaire entre le sein maternel et l'enfant.

Une première méthode consiste à placer sous une des narines du sujet une cuiller remplie de lait et à attendre un mouvement d'inspiration ; on arrive ainsi, avec un peu de patience à faire absorber à l'enfant une quantité de lait suffisante. On a essayé aussi la sonde œsophagienne introduite par les narines jusque dans l'œsophage ; mais la voie la plus commode est la cavité buccale. Voici quelle est la méthode de gavage qu'emploie le Pr Tarnier ; une sonde en caoutchouc rouge (calibre 14 à 16) et un petit entonnoir ou un bout de sein en verre, constituent tout l'appareil. Sur la sonde et à environ 15 centimètres de l'extrémité stomacale, se trouve placée une marque noire qui indique le point extrême jusqu'où doit être introduit le tube.

L'enfant est retiré de son berceau ou de sa couveuse ; le tube, qui est conservé, dans l'intervalle des repas, dans une solution d'acide borique à 4 p. 100, est introduit, plein d'eau ou de lait, mais surtout vide d'air ; il est bon, pour rendre le glissement plus facile, de le plonger en entier dans du lait. L'introduction du tube est généralement très simple ; on mesure la quantité de lait nécessaire pour le repas ; on le verse dans le récipient qu'on élève et qu'on abaisse successivement ; de manière à graduer la vitesse de chute du liquide.

C'est généralement le lait de femme qu'on emploie pour le gavage ; souvent pour le prématuré le lait d'une nourrice est préférable à celui de la mère chez laquelle la montée laiteuse tarde à se faire. Le lait est directement exprimé dans la cupule en verre qui termine l'appareil.

A défaut du lait de femme, on prend du lait d'anesse ou de jument dont la constitution chimique se rapproche beaucoup de celui de la femme. Le lait de vache est plus difficilement digestible pour l'enfant.

Il est nécessaire de diluer ce lait (qui de préférence aura été bouilli) avec de l'eau bouillie et très légèrement sucrée, 3 grammes de sucre par 100 grammes d'eau.

Voici comment le professeur Tarnier conseille d'exécuter le coupage pour les enfants nés avant terme:

1re semaine.	1 partie de lait	4 d'eau sucrée.
2e semaine.	1 —	3 —
3e et 4e semaine.	1 —	2 —
Après le 1er mois.	1 —	1 —

Pour les enfants nés à terme, le coupage sera un peu différent :

1re semaine.	1 partie de lait	3 d'eau sucrée.
2e semaine.	1 —	2 —

Ensuite et jusqu'à la fin du deuxième mois, une partie de lait, une partie d'eau sucrée. On ne donne le lait pur, dans l'un et l'autre cas, qu'à partir de la fin du sixième mois.

M. Berthod a employé, dans un certain nombre de cas, avec le plus grand succès, un mélange de lait et de bouillon, au tiers, à la moitié et même aux trois quarts.

Le gavage, bien dirigé, est absolument inoffensif, et en même temps d'une très grande utilité pour l'enfant ; les enfants digèrent bien le lait introduit dans l'estomac et augmentent de poids.

« Lorsque le nouveau-né semble être un peu plus fort, disent MM. Tarnier et Budin, on alterne le gavage avec l'allaitement au sein (gavage mixte). Quand l'enfant, né avant terme, est devenu assez fort, pour peu qu'il faiblisse et que la nutrition reste en souffrance, il devient utile, indépendamment des tétées, de la gaver encore trois ou quatre fois par jour ; c'est ce que Tarnier appelle le gavage de renfort, parce qu'il entretient chez l'enfant la vigueur nécessaire pour bien têter et bien digérer. Avec ces différentes combinaisons, on peut arriver progressivement à la suppression du gavage, sauf à y revenir à la moindre apparition d'un trouble des fonctions digestives. »

V

Nos lecteurs sont trop au courant de l'importance des soins à donner aux nouveau-nés pour insister sur l'intérêt considérable que présentent les méthodes préconisées par le professeur Tarnier et dont son élève, M. Berthod, expose les brillants résultats ; grâce à ces procédés, on sauve chaque année la vie d'un bon nombre d'enfants. Nous avons pu voir, à la Maternité de Lariboisière (1), quels services rendait dans la pratique hospitalière l'emploi de la couveuse et du gavage ; sans doute ces moyens demandent beaucoup de soin, de vigilance ; mais n'en est-on pas largement récompensé par le but atteint ? D'ailleurs l'amour maternel est souvent alors un puissant auxiliaire pour l'accoucheur.

Ces procédés sont peu dispendieux et par conséquent peuvent être employés dans la pratique civile où ils donnent d'aussi bons résultats qu'à l'hôpital. Témoin, le fait suivant rapporté par M. Berthod dans sa thèse : l'année dernière (août 1886) notre excellent maître, le docteur Pinard accouchait la fille d'un de nos littérateurs les plus illustres. L'enfant pesait 1700 gr., il fut mis dans la couveuse et pèse actuellement plus de quatre kilog. N'est-ce pas là un des plus beaux succès que notre art puisse obtenir?

(1) La loi Roussel ne devrait-elle pas veiller à ce que dans les villes, et même dans les campagnes, les familles pauvres puissent, *gratuitement*, se procurer une couveuse ? N'est-ce pas là le premier moyen et un des plus efficaces, de protéger la vie des enfants en bas âge ? A Paris, il n'est guère de jour où on ne présente à l'hôpital un *prématuré*, qui aurait besoin d'être mis dans la couveuse ; on le refuse faute de place. Il y a là une lacune qu'il serait aisé de combler, si nous avions en France une direction du service de santé bien organisée.

Sans doute, avant l'emploi de la couveuse, du gavage, on élevait, on élève encore sans ces moyens des enfants nés avant terme ; mais la mortalité était beaucoup plus grande, et il était en tout cas presque sans exemple d'élever des enfants de six mois à six mois et demi ; résultat que l'on peut obtenir maintenant ; de sorte que « grâce à l'emploi rationnel de ces moyens, le terme clinique et le terme légal de la viabilité de l'enfant peuvent être regardés comme sensiblement confondus. » G. LEPAGE.

ADHÉSION A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr BLANCHET, à Vichy, présenté par le docteur Roux, de Vichy.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'assurance médicale anglaise. Les progrès de sa prospérité.

(*The British medical Journal*, juin 1887.)

L'assurance contre les *accidents*, *l'incapacité*, la *maladie*, la *vieillesse* fait de grands et rapides progrès, grâce à l'organisation de la Société médicale d'assurances contre les maladies, pour pensions de retraite et assurances sur la vie. Les admirables résultats en ont été rapportés à la dernière assemblée mensuelle tenue à Londres, sous la présidence de Mr Ernest Hart.

Il résulte, du rapport présenté, que le nombre de demandes d'assurance, pendant le mois de mai, a été de 8, faisant un total de 891 ; 3 ayant été reçues depuis, le chiffre des assurés est de 894 actuellement. Le montant des indemnités pour maladies a été, dans le présent mois (mai), le plus bas depuis un an, et au-dessous de la moyenne de l'année finissant fin juin 1886, quoique les participants aient été plus nombreux d'un septième.

En examinant l'accroissement et le succès des opérations de la Société, on voit que depuis son fonctionnement, c'est-à-dire depuis 3 ans, près de 1200 payements différents d'indemnité par maladie ont été faits, nécessitant le payement aux membres malades de près de *3,800 liv. st.* Beaucoup de sociétaires ont écrit, exprimant l'inestimable utilité des ressources financières assurées pendant le temps de l'*incapacité*. Les chiffres suivants montrent la rapide et régulière amélioration dans la situation de la Société :

	Membres assurés	Réserves
30 juin 1884	495	Liv. st. 1,435
1885	678	6,433
1886	775	11,330

et la fin du présent mois présentera probablement un total de 900 membres assurés et les fonds s'élèveront à environ 17,500 liv. st. (plus de 450.000 fr.). Ces fonds sont, chose très importante, entièrement la propriété des membres participants.

Le président explique que la base sur laquelle la société a été fondée attribue, aux membres, tous les bénéfices ordinairement pris par les actionnaires ; les membres nouveaux ont donc la jouissance de tous les capitaux, réserves et bénéfices, sans risques correspondants, tout engagement étant strictement limité par les statuts au paiement des cotisations.

L'Economie de la gérance est due à la direction volontaire, active et intelligente et à la stricte et régulière surveillance. Les dépenses totales pour loyer, secrétaire, service, timbres-poste, s'élèvent seulement à 400 liv. st. par an environ. La réserve de ce chef (laquelle est le bénéfice additionnel épargné pour le bien des membres) s'élève déjà à plus de 1450 liv. st. Le coût de la gérance qui est à peine maintenant de 4 0/0 du revenu des redevances, est très minime en comparaison avec les plus vieilles et les meilleures sociétés d'assurance, et à peu près 1/3 du coût moyen des opérations d'assurance ordinaire, quoique certainement, des indemnités pour maladie, etc., nécessitent un système de gérance beaucoup plus compliqué et laborieux, tout en y comprenant les envois aux membres, qui reçoivent au moins, par an, 4 rapports, 4 reçus, et le rapport annuel, donnant le compte rendu financier, les placements de fonds, les statistiques détaillées, etc.

La société n'inflige ni amendes, ni pénalités, et peut ainsi supporter favorablement la comparaison avec beaucoup de *sociétés de secours mutuels* dans lesquelles les amendes infligées sont souvent une source de revenus ; dans certains cas, les amendes paient largement les frais de gérance. Les seuls payements supplémentaires, dans la société, sont ceux des frais de recouvrement des cotisations en retard, dépense minime, faite dans l'intérêt du retardataire et pour éviter la défaillance accidentelle de ses droits et privilèges.

Les statuts de la Société donnent tout contrôle aux membres, qui nomment la commission exécutive par laquelle la Société est gérée gratuitement. Les fonds et réserves sont placés aux noms de MM. E. Hart, Sir T. Spencer Wells, Dr Ord et M. J. R. Upton.

M. Hart termine en faisant observer qu'il a été informé, d'une source très autorisée, que la Société était non seulement regardée, par les économistes, comme unique par la multiplicité et le succès de ses opérations, mais qu'elle avait résolu, pour la *profession médicale*, un problème que d'autres professions avaient vainement tenté de résoudre. Pratiquement, il n'y a aucune dépense pour publicité, agence, commission et salaire, excepté le petit salaire d'un secrétaire et d'un commis ; le loyer est réduit à la location d'une seule chambre. Les mouvements de fonds sont donc entièrement mutuels et coopératifs ; et il attend le jour où tous les membres de la profession s'uniront dans une Société qui confère de tels bienfaits à tous ses membres.

En présence de tels résultats, sur lesquels nous appelons les méditations des *membres du Concours Médical*, nous estimons qu'il est de notre devoir de reprendre avec plus d'activité que jamais la question de l'*Assurance contre la maladie*.

Nos lecteurs auront remarqué, comme nous, que les chiffres donnés par M. Ancelet au syndicat de l'Aisne et Vesle, sont erronés. Ils vont être redressés et publiés dès que le syndicat aura examiné la proposition de son président. Cet exposé sera notre entrée en matière. A. G.

Indemnités aux experts en Amérique.

(*The Medical Record*.)

« En 1875, la cour suprême d'*Alabama* confirmait une amende infligée à un médecin qui avait refusé de témoigner comme expert, pour la raison qu'il n'avait reçu aucune rémunération pour cela. En 1879, la cour d'appel du *Texas* soutenait une doctrine à peu près similaire, disant qu'un expert médical pouvait être *forcé*, par la Cour, à témoigner des résultats observés dans un examen post-mortem. La loi d'*Indiana* dit que des experts peuvent

être contraints de paraître et de dire leur avis, sans autre paiement que celui alloué aux autres témoins. Les règles d'une cour de l'Ohio et celle des Etats de *New-Mexico Dakota* sont aussi peu favorables.

Sans aucun doute, ce n'est pas sans avoir éprouvé la dureté des décisions qui prévalent en Alabama, Texas et Ohio, qu'un de nos correspondants est amené à écrire une protestation emphatique contre les décisions des juges qui ne veulent pas allouer une indemnité supplémentaire aux experts médicaux et qu'il demande que cette indemnité soit prévue par une loi.

Dans notre opinion, néanmoins, un texte n'est pas nécessaire ; la majorité des décisions, et dans beaucoup d'États la loi elle-même, disent que les experts médecins doivent être convenablement rémunérés. En tout état de cause, et où le cas n'a pas été prévu, il se peut que des juges *ignorants* ou *malintentionnés* refusent l'allocation d'une indemnité, là où elle n'est jamais accordée et dans les Etats ou territoires où existe une loi comme celle passée par les stupides législateurs d'Indiana ! »

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat médical d'Indre-et-Loire.

Séance du 15 *janvier* 1887.

(*Suite.*)

Dans notre réunion d'avril, vous avez décidé que nous adresserions en temps opportun aux sénateurs et députés d'Indre-et-Loire, une pétition leur demandant d'appuyer le projet de revision de la loi sur l'exercice de la médecine.

De son côté, l'association médicale, dont vous faites presque tous partie, et avec laquelle nous entretenons les meilleurs rapports — témoin le banquet commun que nous avons fait en juillet dernier et que nous renouvellerons, je l'espère, cette année, — l'association veut bien s'unir à nous dans cette circonstance, et la pétition dont je vous parlais, sera signée par le bureau des deux associations, et suivie, pour avoir plus de poids auprès des *éligibles*, de la liste des membres du syndicat et de l'association.

Nous pourrons alors appuyer plus particulièrement tel ou tel de ces projets : tous, et c'est là ce qui nous intéresse le plus, assurent une répression efficace de l'exercice illégal.

Vous savez que nous nous sommes occupés, dans le cours de 1886, de cette question de l'exercice illégal. Dans notre réunion de juillet, le Dr Sainton nous a rapporté qu'il n'avait pas été étranger à la condamnation d'un rebouteur bien connu à Tours, rebouteur qui, après le rapport de notre collègue, a été condamné non seulement pour exercice illégal, mais encore pour blessures involontaires ayant occasionné la perte prolongée de l'usage d'un membre. Cette double condamnation permettait au blessé de demander des dommages-intérêts.

Mais le point sur lequel nous avons appelé votre attention, c'est l'exercice illégal de la médecine par les religieuses.

Un membre du bureau du syndicat avait eu l'occasion d'entretenir de cette question l'archevêque de Tours, qui a paru très bien disposé pour les médecins. Il croyait, a-t-il dit, facile de faire cesser l'illégalité dont on se plaignait, en s'adressant à la maison-mère des religieuses, et en recourant à l'évêque si la maison-mère ne se rendait pas à nos justes observations.

Il avait été convenu que tous les membres ayant à se plaindre adresseraient au secrétaire les détails indispensables pour dresser le dossier de cet exercice illégal dans le département, afin d'essayer ensuite de le combattre. Malgré l'appel fait à tous nos collègues, aucun n'a répondu.

Est-ce à dire que les religieuses ne font plus de médecine en Touraine. Je ne le crois pas. Mais nos confrères ont peut-être redouté de se mettre en évidence.

Et cependant, ces craintes sont bien vaines, puisque ce serait le syndicat qui agirait, appuyé au besoin par l'Union des Syndicats, et, à n'en pas douter par l'association des pharmaciens, qui comme nous ont des intérêts en jeu.

A côté du projet de loi sur l'exercice de la médecine, on prête au gouvernement l'intention d'en déposer un sur l'assistance médicale dans les campagnes. Ce serait là une législation nouvelle de la médecine des indigents.

Nous n'avons pas à nous occuper d'un projet seulement à l'étude, mais nous dirons quelques mots de ce que nous avons fait et de ce que nous ferons au sujet de cette éternelle question de la médecine des indigents.

Il y a deux ans, malgré les réclamations de la commission que vous aviez choisie, *malgré la pétition* que votre bureau avait adressée au conseil général, on avait fait et maintenu sur tous les mémoires une réduction de 27 %. L'année dernière la réduction n'était que de 2 1/2 %.

Etait-ce réellement une amélioration, ou bien cela venait-il d'un nombre moins considérable de malades ? Le fait est que le budget était le même. Il est vrai de dire que votre commission, composée de MM. Lemesle, Gasté, Mahondeau, Soubie, Bontier et E. Chaumier, a trouvé un certain nombre de mémoires de médecins et de pharmaciens exagérés, tant au point de vue du nombre des visites que de celui des médicaments. Elle a pensé qu'on ne devait faire aux indigents que les visites strictement indispensables, et leur donner le moins possible de médicaments. Aussi a-t-elle cru devoir pratiquer un grand nombre de coupures dans les mémoires en question.

Les pharmaciens que la préfecture avait adjoints à la commission, ayant trouvé le tarif de pharmacie très défectueux et donnant lieu à des abus, ont demandé de lui substituer le tarif adopté par la société de pharmacie d'Indre-et-Loire pour les sociétés de secours mutuels. Nous saurons lors de notre réunion d'avril si ce changement a produit quelque amélioration, et nous ferons, tant auprès de la préfecture que du conseil général, toutes les réclamations nécessaires jusqu'à ce que l'on paie intégralement nos mémoires.

Au mois d'octobre vous avez été appelés à remplacer un membre de votre commission de revision des mémoires des indigents, et vous avez désigné le Dr Denis, de Bourgueil, comme successeur au

regretté Dr Lemesle, chevalier de la Légion d'honneur et qui en sa qualité de membre du conseil général, avait plusieurs fois, au sein de ce conseil, appuyé de son autorité les revendications du corps médical.

Depuis ce moment nous avons perdu un autre de nos membres, le Dr Agguzoli, un adhérent de la première heure, dont la mort est survenue dans les derniers jours de l'année.

Pendant cette année 1886, vous vous êtes encore occupés d'une question très intéressante ; celle de l'inspection des enfants du premier âge. Le bureau a demandé en votre nom à M. l'inspecteur des enfants assistés la revision des circonscriptions médicales, de telle sorte qu'un médecin ne soit pas obligé parfois de faire 20 kilomètres et plus pour visiter un nourrisson (et cela pour 1 fr. 50) ; que les circonscriptions ne soient pas cantonales, mais limitées autant que possible aux clientèles, afin que le service d'inspection n'aboutisse pas à créer des susceptibilités et des jalousies entre les médecins d'Indre-et-Loire. L'enquête qui avait été faite par nous montrait que certains changements pouvaient avoir lieu immédiatement, du consentement des médecins-inspecteurs actuels ; et que, pour d'autres, il était encore besoin de quelques pourparlers entre ces médecins et la préfecture.

Un résumé de notre enquête a été remis à M. l'inspecteur des enfants assistés, qui, tout d'abord semblait nous écouter favorablement, mais qui peu après avait changé totalement de manière de voir.

Je ne puis, à ce propos, m'empêcher de vous citer deux ou trois phrases de son rapport au préfet, qui, pour moi sont une insulte aux médecins d'Indre-et-Loire :

« Je pense d'ailleurs, pour ma part, qu'il y aurait, en général, un grave inconvénient à réduire « les circonscriptions médicales actuelles.

« En effet, les médecins acceptent volontiers, « malgré le prix minime des visites, des circonscriptions étendues, parce qu'ils y trouvent une « compensation, au point de vue de leur renom et « de leur clientèle. Ce sont là des avantages réels « que leur assure l'exercice d'un service public. Il « y aurait donc lieu, à mon avis, de craindre moins « d'empressement de leur part si l'on multipliait « trop les circonscriptions, par voie de dédoublement du moins. »

En parcourant ces lignes, il semble que celui qui les a écrites a une bien triste idée des médecins. D'après lui, ces derniers acceptent volontiers, malgré le prix minime des visites, des circonscriptions étendues, parce qu'ils y trouvent une compensation, parce qu'ils peuvent faire une concurrence immorale à leurs confrères, sous le couvert de l'exercice d'un service public.

Et la preuve que c'est bien là l'idée de M. l'inspecteur des enfants assistés, c'est qu'il craint *moins d'empressement de la part des médecins*, si on multiplie les circonscriptions, et si de cette manière on leur enlève le moyen de voler des clients à leurs confrères.

Je crois donc que nous ne devons plus nous adresser à M. l'inspecteur des enfants assistés, mais directement à M. le préfet ou au conseil général, dont plusieurs confrères font partie.

Sur cette question des enfants en nourrice, le bureau sera toujours prêt à faire toutes les démarches que vous désirerez.

J'aurai fini, Messieurs, ce compte rendu trop long déjà, lorsque je vous aurai dit que sur la demande de l'association médicale, vous avez voté une somme de 200 fr. pour le monument à élever aux gloires médicales de la Touraine : Bretonneau, Velpeau, Trousseau ; qu'en 1886, nous avons eu cinq adhésions nouvelles, celles de MM. Bichemin, de la Chapelle, Maguin, de Sonzay, Robert, de Esvres, Thierry, de Tours, et Jaulin, de Bouziers ; qu'en dehors des deux morts dont je vous ai parlé, nous avons perdu trois membres qui ont démissionné pour des raisons diverses : MM. Pousset, Detrois et Pétiau ; que, par conséquent, notre nombre n'a ni augmenté ni diminué.

Je pourrais ajouter que votre bureau s'est occupé de quelques affaires par trop personnelles pour qu'on puisse les relater ici.

Pour être complet, je dois vous dire que notre agent de recouvrement s'acquitte toujours de sa tâche avec zèle. Bien que je n'aie pas ici le relevé de ses recouvrements de 1886, je puis vous assurer que M. Thibault touche toujours environ les 2/3 des créances que lui remettent les membres du syndicat. Si nous considérons que nous ne confions à notre agent que les très mauvaises créances, dont nous ne toucherions pas un sou par nous-mêmes, nous pourrons voir combien grand est le résultat. Et même si quelques notes restaient impayées, les démarches faites par M. Thibault ne seraient pas complètement infructueuses, car les clients commencent à se dire que le médecin veut et doit être payé. J'ajouterai que lorsqu'un médecin se plaint de ne pas être payé régulièrement, c'est qu'il ne fait pas le nécessaire pour l'être.

Messieurs, nous avons étudié ensemble les actes du syndicat pendant l'année 1886, nous devons nous dire maintenant que nous sommes loin d'avoir tout fait pour arriver, non pas à ce que le médecin n'ait plus rien à désirer, mais à ce qu'il puisse vivre facilement en pratiquant honnêtement la médecine. Nous sommes à une époque critique, où la lutte pour l'existence est à l'état aigu.

Il n'y a pas plus de place pour gagner sa vie, dans la médecine, que dans les autres positions; le nombre des médecins augmente et nous sommes déjà débordés. La vie devenant de plus en plus difficile, ne nous dévorons pas les uns les autres, mais unissons-nous plutôt pour combattre nos ennemis. Poussons à la roue et prouvons que le syndicat médical d'Indre-et-Loire marche à la tête de ceux qui défendent les droits du corps médical.

La séance est levée à 4 h. 1/2.

Dr Edmond CHAUMIER.

BIBLIOGRAPHIE

Des accidents cutanés produits par le bromure de potassium, par le Dr GRELLETY, médecin consultant à Vichy, secrétaire de la Société de thérapeutique, lauréat de l'Académie de médecine (médaille d'argent des eaux minérales), etc. Mâcon, imprimerie PROTAT frères.

— Vient de paraître, chez MARPON et FLAMMARION, un ouvrage appelé à un grand retentissement : **Stephano Merlatti**, *Histoire d'un Jeûne célèbre*, précédée d'une fine et savante étude médico-anecdotique sur le jeûne et les jeûneurs. Ce livre renferme des pages d'un puissant intérêt, aussi bien pour les gens du monde que pour les savants qui ont suivi de près la retentissante expérience du jeûneur italien. L'ouvrage est dû à la plume habile de deux écrivains qui n'en sont plus à faire leurs preuves : MM. les Drs E. Monin et Ph. Maréchal.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St André, 3

Neuvième année — N° 28 — 9 Juillet 1887

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

Le banquet de M. Bouchard.

Samedi dernier, cent cinquante personnes, membres de l'Institut, professeurs et agrégés de la Faculté, médecins des hôpitaux, praticiens, amis ou élèves du professeur Ch. Bouchard célébraient son élection à l'Académie des Sciences en un banquet à l'Hôtel Continental.

La fête était rehaussée par la présence des plus illustres savants : Pasteur, Charcot, Chauveau.

Citons parmi les toasts ceux de MM. Landouzy, Charrin, Widal, Ruault. L'allocution par laquelle M. Bouchard a répondu était, de l'avis de tous, un modèle de tact, de finesse et d'élégance.

La méthode Pasteur en Angleterre.

Un événement important est la publication du rapport de la Commission d'enquête sur le traitement de la rage par la méthode Pasteur, nommée au mois d'avril 1886 par le président du Local Government Board de Londres. Cette commission se composait des plus illustres physiologistes, médecins et chirurgiens anglais : Sir James Paget, président ; W. Horsley, secrétaire ; Lauder Brunton, J. Lister, Richard Quain, Burdon Sanderson, etc.

Plusieurs membres de la commission, s'étant transportés en France, se sont fait initier à la méthode sous la direction de M. Pasteur lui-même, ont vérifié ses expériences aussi minutieusement que possible, et étudié un nombre considérable de personnes inoculées par lui.

Aujourd'hui ils concluent en ces termes : « *Les expériences confirment complètement la découverte de la méthode de M. Pasteur, méthode capable de protéger les animaux contre l'infection rabique*,... méthode préventive de la rage comparable à celle de la vaccination contre la variole. » Après avoir analysé tous les faits publiés par M. Pasteur, et les critiques de ses adversaires, la commission dit : « *Par l'évidence de tous ces faits, nous pensons que les inoculations pratiquées par M. Pasteur sur des individus mordus par des chiens enragés ont certainement empêché*, DANS UNE GRANDE PROPORTION, *l'apparition de la rage chez des individus qui auraient succombé à l'affection s'ils n'avaient été inoculés*. Et nous croyons que l'importance de sa découverte sera encore supérieure à ce que son utilité présente fait pressentir ; car elle montre qu'il serait possible d'éloigner par l'inoculation d'autres affections que la rage, même après infection. »

Aussi M. le Dr Prengrueber, qui vient de publier, dans son journal *le Bulletin médical*, la traduction du rapport des commissaires anglais, a-t-il bien eu raison de le faire précéder de la phrase suivante : « Que l'on soit Pastorien, ou que l'on soit anti-Pastorien, on ne lira pas sans une certaine fierté patriotique le rapport suivant qui est signé des plus grands noms scientifiques de l'Angleterre ».

Phlegmon sous-pectoral, dit spontané, chez les alcooliques. Utilité de la strychnine pour ces malades.

M. Lardier (de Rambervillers) a publié (1) quatre cas de phlegmons sous-pectoraux survenus chez des alcooliques sans autre cause appréciable que la prédisposition à faire du pus qu'ont ces individus et le surmenage local des muscles pectoraux dans certaines

(1) *Bulletin médical des Vosges*, oct. 1886.

professions ; il s'agit de boulangers ou de carriers chez lesquels ces muscles supportent de grands efforts répétés fréquemment. Chez eux le tissu cellulaire sous-pectoral devient un locus minoris resistentiæ, et le frottement, la distension, peut-être la déchirure des mailles de ce tissu constituent-ils un *auto-traumatisme*. Puis, quand une collection purulente s'est formée, elle constitue un véritable foyer *d'auto-infection*. M. Lardier a observé des manifestations métastatiques secondaires du côté de la parotide et du rein. — Dans deux cas, le phlegmon sous-pectoral s'est terminé par résolution, disparition du pus par résorption ; dans un cas, il s'est ouvert spontanément à l'extérieur ; dans un autre, la mort est survenue par dégénérescence graisseuse du cœur.

« Quelle est, dit M. Lardier, en présence de cas semblables, l'indication thérapeutique ; quelle doit être la conduite du chirurgien ? Eu égard aux manifestations métastatiques que nous avons signalées, l'indication formelle est d'ouvrir le phlegmon sous-pectoral le plus tôt possible, sans retard et sans hésitation, aussitôt que la fluctuation est perceptible. Ce n'est pas la conduite que j'ai suivie ; je pensais, à tort, ne devoir employer le bistouri que la main forcée. Dans le traitement du phlegmon sous-pectoral, ce n'est pas à l'expectation armée, mais à l'intervention rapide, sanglante, qu'il faut avoir recours. C'est au reste l'opinion à laquelle se sont ralliés la plupart des chirurgiens ; on évitera probablement de cette façon les accidents résultant de l'auto-infection. »

M. Lardier insiste ensuite sur l'utilité de traiter les alcooliques en général par la strychnine.

La strychnine est l'antidote physiologique et thérapeutique de l'alcool. « A dose excessive, a dit un « de nos maîtres bien regretté, l'alcool devient un « hypnosthénisant, un stupéfiant, un narcotique, « même un anesthésique. Les toniques vaso-mo« teurs sont ses antagonistes (Gubler). » Il est donc rationnel de demander à la strychnine ses propriétés stimulantes, excito-toniques, pour combattre les effets stupéfiants de l'alcool sur le système nerveux central et périphérique. Cela est tellement vrai que la tolérance des alcooliques pour la noix vomique est inimaginable. Dans un cas d'épilepsie alcoolique, j'ai pu administrer 10 centigrammes de sulfate de strychnine, dans les 24 heures, sans constater le plus léger symptôme de strychnisme.

Aussi en suis-je arrivé à administrer ce médicament à tous les alcooliques, tout comme l'on donne de l'iodure de potassium aux vieux syphilitiques, de la quinine aux paludiques. Je n'ai eu qu'à me louer de cette pratique, que je suis, depuis plusieurs années, et dont l'honneur revient au Dr LUTON, de Reims. Quel que soit le point de vue auquel on se place, il n'est pas une des propriétés de la noix vomique qui ne soit utilisable contre l'intoxication alcoolique. Par contre, les manifestations primitives, non irrémédiables, de cette intoxication sont toutes, je le répète, justiciables de cette médication. Ces acquisitions médicales, scientifiques, méritent mieux que d'être connues. Elles doivent entrer dans la pratique. »

A la suite du dernier Concours ont été nommés médecins du Bureau central des Hôpitaux de Paris, MM. les docteurs A. Josias, Juhel-Rénoy et Hippolyte Martin.

FEUILLETON

Enquête sur l'exercice illégal (*suite*).

Nous avons montré que les intérêts matériels du corps médical étaient gravement compromis ; ce serait bien autre chose si nous voulions étudier dans quelle situation se trouvent ses intérêts moraux.

Nous reconnaissons volontiers qu'il y a eu des efforts incessants pour relever la dignité professionnelle ; mais nous sommes obligés de dire que, s'ils n'ont pas été inutiles, ils n'ont point amélioré cette situation ; c'est une opinion sujette à discussion, mais beaucoup d'entre nous sont convaincus que le niveau moral dans notre profession a baissé depuis le congrès de 1845.

Il ne faut pas méconnaître assurément l'importance du rôle que remplit l'Association générale ; elle a fait beaucoup, et tenté davantage.

Si elle n'a pas mieux réussi dans la tâche considérable dont elle a pris la responsabilité, c'est qu'il est difficile de faire prospérer une œuvre de moralisation, quand elle est greffée sur une œuvre d'assistance, à qui la moitié du corps médical est indifférente. Autre chose est d'avoir un programme vaste et généreux, autre chose est de le remplir intégralement. On a secouru, à la vérité, de nombreux confrères qui avaient succombé ; mais quand on n'a jamais rien fait pour prévenir leur chute, comment aurait-on pu réussir dans cette tentative autrement difficile de relever la dignité du corps médical ?

Nous dirons seulement quelques mots des incidents qui se sont passés à la dernière réunion de l'Association générale.

Ce jour-là, comme tous les ans, il s'est trouvé un délégué pour rappeler à l'Association qu'elle avait inscrit dans son programme *l'étude d'institutions propres à compléter et à perfectionner son œuvre d'assistance* ; ce délégué proposait à l'Association de provoquer la fondation d'une caisse de pensions de droit qu'elle subventionnerait elle-même de ses propres deniers. On aurait pu, tout au moins, écouter sa proposition, l'examiner, la discuter ; si elle semblait impraticable dans le détail, en remettre l'étude à une commission spéciale ; si elle paraissait inacceptable dans le principe, s'excuser de ne la point recevoir, et renvoyer le confrère à une institution de ce genre qui existait déjà. Au lieu de cela, on a coupé court à toute discussion ; on a élevé une accusation personnelle contre le dé-

MÉDECINE PRATIQUE

La rougeole à l'hôpital des Enfants-Malades.

Traitement des complications auriculaires et oculaires. — Conséquences de l'isolement imparfait. — Réformes indispensables.

Depuis la fin de 1885, une tentative a été faite à l'hôpital des Enfants-Malades pour isoler les enfants atteints de rougeole et les empêcher de contagionner les autres malades. On a donc affecté deux salles aux rubéoleux, et chacun des médecins de l'hôpital est chargé pendant deux mois de leur traitement, tout en continuant à faire son service. M. le professeur GRANCHER a déjà été chargé deux fois du service de la rougeole depuis qu'il a pris possession de la chaire de clinique et il a consacré sa dernière leçon de cette année à exposer quelques réflexions relatives aux résultats obtenus par l'organisation actuelle, ainsi qu'à certaines complications.

I

La rougeole, bien différente de la scarlatine, n'est pas maligne par elle-même. Ce sont ses complications qui tuent les malades. A deux surtout d'entre elles sont imputables le plus grand nombre des décès, à l'hôpital du moins, la broncho-pneumonie et la diphthérie.

La broncho-pneumonie se rencontre à l'hôpital chez tous les rubéoleux au-dessous de 2 ans, et elle est presque invariablement mortelle.

Nous ne nous y appesantirons pas. Les formes cliniques en sont bien connues et bien décrites ; la thérapeutique en est malheureusement presque vaine. La révulsion n'a pas donné de meilleurs résultats que la quinine, et les toniques seuls semblent soutenir quelque temps les malades sans les empêcher le plus souvent de succomber.

La diphthérie, lorsqu'elle envahit les voies respiratoires, est constamment mortelle dans la rougeole ; quand elle se localise sur les lèvres, ou sur la surface ulcérée d'un vésicatoire, elle a pu quelquefois être enrayée. Tout cela est trop décourageant pour qu'il y ait à en parler. Mais il est utile de s'appesantir sur des complications qui sont justiciables de la thérapeutique.

Otite rubéolique. — Les complications de la rougeole portant sur l'appareil auditif ont été assez incomplètement étudiées jusqu'à ce jour. M. Hermet, dont la compétence en otiatrie est incontestable, s'est livré justement à des recherches personnelles sur ce sujet.

C'est une otite moyenne que l'on observe habituellement dans la rougeole. On l'a vue apparaître à toutes les périodes, rarement au moment de l'invasion ou de l'éruption, le plus ordinairement pendant la convalescence. Cette otite est la conséquence de la propagation à la caisse, par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache, de l'énanthème du pharynx et des fosses nasales.

Le catarrhe de la caisse serait même constant suivant certains auteurs. On peut citer la thèse de M. Cordier qui, en 1875, sur 23 nécropsies de rubéoleux, a toujours trouvé la muqueuse de la caisse injectée, vascularisée ou pleine de pus.

Les symptômes de l'otite rubéolique sont assez variables pour qu'on ait pu en décrire deux formes très différentes, suivant que l'état général de l'enfant est ou non intact. Tantôt le malade éprouve des douleurs très violentes ; la fièvre s'allume ou

---

légué, avec papiers à l'appui, et on l'a presque transformé, séance tenante, en accusé de haute trahison.

Quand un semblable spectacle nous est offert, de voir un confrère, tel que M. le Dr Trolard, venir d'Alger à Paris, pour exposer à l'Association générale ce qu'il pense qu'elle devrait faire pour remplir son programme, et se trouver subitement changé de plaignant en condamné, comment veut-on très sérieusement que nous comptions sur l'Association pour combler tous nos vœux ?

Examinons un instant ce qu'elle a fait en matière de prévoyance :

En 1875, un de ses membres, M. Gros, est amené incidemment à reconnaître qu'il y a lieu de favoriser la progression et le développement des assurances sur la vie. Admirez, je vous prie, l'opportunité du sujet mis à l'étude ! On s'occupe de favoriser l'assurance sur la vie chez nos clients ; mais personne n'a l'idée de recommander l'assurance pour nous-mêmes. Est-ce une question d'intérêts généraux que l'on traite? Non, c'est une question de métier.

En 1876, l'Association reçoit communication du projet de *Caisse des pensions de droit* du Dr Benoist, de Saint-Nazaire. On déclare nettement qu'on est une société de Secours Mutuels et qu'une institution de ce genre ne peut avoir aucun rapport avec l'Association générale (1).

(1) Annuaire 1876, page 110.

En 1880, on manifeste la ferme détermination de ne se prêter à aucun projet de ce genre, et de *refuser son concours* à tout projet qui engagerait hors de la voie qui est imposée par le décret de 1852 (1).

Non seulement on ne créera pas, mais on ne fera même pas de prêts individuels aux confrères qui pourraient, par suite de revers, se voir dans l'obligation de suspendre le paiement de leurs primes : la proposition Lande est enterrée ! Dieu sait, pourtant, si elle était subversive, et si elle aurait compromis les finances de l'Association générale !

En 1881, MM. Ducosté et Bigourdan, de Brionne, reviennent à la charge ; ils font observer que cette question d'une caisse d'assurance-vie, après avoir occupé plusieurs sociétés locales, notamment celles d'Alger et de Bordeaux, s'impose à l'étude de l'Association ; ils proposent d'adjoindre à l'œuvre d'assistance qu'elle remplit, une œuvre de secours *post mortem*, dans le genre de celle des Old Fellows.

Le vœu de nos confrères est pris en considération ; c'est un progrès. La même année, un membre de l'Association veut bien examiner dans le détail le projet Laborde ; enfin, on va peut-être admettre en principe l'utilité d'une caisse d'assurance-vie. Hélas ! nous en sommes bien loin encore ! On recommande l'assurance individuelle aux compagnies existantes (2), et on enterre le projet Ducosté et Bigourdan.

(1) Annuaire 1880, page 93.
(2) Annuaire 1881, page 144.

s'accroît ; du délire survient, l'agitation est extrême et l'ensemble des symptômes peut simuler très bien l'invasion d'une affection cérébrale ou pulmonaire.

Tantôt, au contraire, sans que l'état général ait été influencé, sans qu'aucun symptôme soit venu avertir le médecin, on constate un beau jour que du pus s'écoule par un des conduits auditifs.

Mais, à côté de ces deux formes, M. Hermet pense qu'il est nécessaire d'admettre un type intermédiaire où les signes locaux sont simplement précédés ou accompagnés d'une élévation thermique de courte durée sans autre trouble. Un jour l'enfant, étant en pleine apyrexie, on constate une élévation de température sans motif apparent. S'agit-il d'une de ces élévations thermiques passagères que l'on observe si souvent dans la convalescence des enfants sous l'influence de l'émotion que cause la visite des parents, une indigestion ? Est-ce le signal de l'invasion d'une congestion pulmonaire ou d'une broncho-pneumonie ? — Avant de se résoudre à accepter une de ces manières de voir, il faut examiner les deux oreilles, car l'otoscope va peut-être révéler une myringite, à une période plus ou moins avancée : le tympan peut n'être que rouge, injecté ; il peut bomber en totalité sous la pression du pus contenu dans la caisse ou ne présenter de saillie que dans la zone inférieure ; ou bien on voit la perforation déjà réalisée et le pus faisant irruption dans le conduit auditif.

Le plus souvent, la déchirure du tympan, se faisant au niveau du segment inférieur, et n'étant pas très étendue, se cicatrise spontanément assez vite aucune partie importante de l'appareil auditif n'ayant été lésée. Il n'en résulte aucun inconvénient pour l'avenir. Mais il faut tenir compte au point de vue du pronostic des complications graves qui surviennent quelquefois. — Tantôt c'est une propagation de la suppuration aux cellules mastoïdiennes, une carie du rocher, et consécutivement une paralysie du nerf facial ; parfois même les méninges s'enflamment, et l'enfant est emporté par une méningo-encéphalite. — Tantôt le processus local se borne à détruire la chaîne des osselets, et la santé générale n'en ressent aucune atteinte ; mais la suppression de l'appareil de transmission des sons entraîne une surdité irrémédiable.

Si les deux oreilles ont été lésées ainsi et si l'enfant est jeune, ne possédant encore qu'imparfaitement l'usage de la parole, il peut perdre complètement les notions qu'il avait apprises. Telle est la genèse trop fréquente de certaines surdi-mutités non congénitales. Il résulte des statistiques de Kramer et de Cordier que 25 pour 100 des sourds-muets le sont devenus consécutivement à des exanthèmes fébriles, en tête desquels se place la rougeole.

Il faut donc traiter les otites rubéoliques, et voici comment. Deux à six fois par jour, suivant l'abondance de la suppuration, de grands lavages seront faits dans le conduit auditif avec un irrigateur contenant 500 grammes de liquide (eau *tiède* boriquée ou phéniquée), le robinet n'étant ouvert qu'à moitié ou au quart pour éviter le choc du jet qui pourrait provoquer des douleurs ou des vertiges. L'irrigation faite, on doit essuyer soigneusement le conduit auditif avec des tampons d'ouate hydrophile, puis insuffler une poudre fine qui peut être soit de l'alun, soit de l'acide borique très pulvérisé, soit de l'iodoforme si l'écoulement a de la tendance à la fétidité.

Complications oculaires. — M. A. Trousseau, qui veut bien donner ses soins aux enfants du service de la clinique pour les affections des yeux, n'a jamais constaté de lésions profondes de l'œil du fait

---

Le plus curieux, c'est qu'après tout cela, un des dignitaires de l'Association, en rendant compte avec éloge du fonctionnement de la caisse de pensions de droit de Belgique, vienne nous dire avec simplicité :

« Rien n'eût empêché de tenter chez nous une semblable opération..... » (1).

Comment, rien n'a empêché, cher confrère ? On n'est pas plus plaisant, en vérité !

Nous comprenons parfaitement que les statuts de l'Association générale s'opposaient à la transformation que nos confrères sollicitaient. Mais, ayant déclaré, en 1880, qu'elle n'accepterait jamais de projet de ce genre, pourquoi, en 1881 et les années suivantes, par des prises en considération et par des examens de projets de caisse, donnait-elle des espoirs inutiles ? Et quand elle se voyait obligée, par ses statuts, à rejeter les projets qui lui étaient soumis, pourquoi, au lieu de désoler tous les hommes de bonne volonté, n'encourageait-elle pas l'initiative privée à entrer résolument dans une voie qui lui était fermée ?

Pourquoi, depuis trois ans, semble-t-elle encore ignorer qu'il existe une *Caisse de pensions de droit du corps médical français*, et ne renvoie-t-elle pas simplement M. le Dr Trolard à cette institution ?

(1) Annuaire 1883, p. 198.

Nous le répétons : si l'Association Générale n'a pas rempli son programme, c'est qu'elle est une société d'assistance, et non une société de prévoyance.

Quels que soient, du reste, les sentiments qu'on peut avoir à ce sujet, personne ne peut nier qu'il y avait fort à faire pour atténuer les causes de misère et de dénuement qui nous oppriment ; de bonnes volontés s'offraient, on les a découragées.

Nous pourrions pareillement montrer que, malgré les efforts de l'Association, le niveau de la dignité médicale a baissé ; là encore, l'initiative des Sociétés locales a faibli, et avec celle des Sociétés, celle de l'Association.

En veut-on une preuve ? Nous nous contenterons de rappeler que, dans sa séance du 9 avril 1877, M. le Président invita les Sociétés locales à préparer un travail de codification sur l'exercice illégal, et que ce travail ne fut point produit par l'Association Générale.

Une enquête sur la situation de la profession fut ouverte, en 1880, au ministère de la justice ; elle fut provoquée par les plaintes de l'Association ; mais qui ne pense que cette enquête eût été bien préférable, si elle eût été conduite par l'Association elle-même ?

(*à suivre*).

Dr L. ORDONNEAU.

de la rougeole. Les paupières, les conjonctives, la cornée sont seules intéressées. Le plus souvent on observe une blépharite simple, rougeur, tuméfaction et sécrétion muco-purulente de la conjonctive palpébrale; rarement on voit le tissu conjonctif de la paupière devenir le siège d'un phlegmon; mais, chez les enfants entachés de scrofule ou d'arthritisme, il n'est pas rare de voir les bords de la paupière devenir le siège d'une blépharite eczémateuse chronique.

La conjonctivite simple et surtout la conjonctivite phlycténulaire est la forme la plus commune. De petites phlyctènes se montrent sur le limbe cornéen ou sur la cornée elle-même (kérato-conjonctivite), et la rupture des phlyctènes donne lieu à la formation de petites ulcérations en coups d'ongle sur un des segments de la cornée. Dans des cas rares heureusement, une ulcération gagnant en profondeur peut amener la perforation de la cornée, et la hernie de l'iris.

Cet accident peut être aussi la conséquence d'un abcès intra-cornéen ou d'un hypopyon. Si la cornée ne se perfore pas, la formation de cicatrices sur le champ pupillaire peut gêner plus tard la vision.

Ces diverses complications oculaires ont été vues parfois dès la période d'éruption, mais plus souvent dans le décours ou à la convalescence.

Il est important de savoir soigner méthodiquement les complications oculaires de la rougeole pour en amener promptement la guérison et prévenir les accidents graves.

Contre la blépharite aiguë avec tuméfaction des paupières, des compresses d'eau boriquée *tiède* doivent être appliquées en permanence. Matin et soir, on introduira entre les bords des paupières gros comme un petit pois de la pommade suivante :

Vaseline.......... 10 gr.
Oxyde jaune d'hydrargyre.. 0.50 ou 0.75 cent.

La blépharite à tendance eczémateuse chronique réclame les cataplasmes de fécule tièdes arrosés d'eau boriquée et l'emploi de la pommade suivante :

Vaseline......................... 5 gr.
Oxyde de zinc...................... 0.50 cent.

La conjonctivite, au début, ou si elle reste simple, ne réclame que des applications d'eau boriquée, mais *froide*. Quand elle s'accompagne de kératite, il faut, au contraire, employer les irrigations ou applications *tièdes*. — La conjonctivite est quelquefois si purulente qu'elle rappelle la conjonctivite blennorrhagique. Jamais on n'a trouvé de gonocoques dans le pus. Il faut cependant la traiter de même et il convient de pratiquer des cautérisations, paupières retournées, avec un pinceau trempé dans une solution de nitrate d'argent à 2 ou 5 pour 100, en neutralisant ensuite l'excès de caustique par l'eau salée.

Quand la kératite est prédominante, on introduira dans les paupières la pommade au précipité jaune.

S'il y a menace de perforation de la cornée, l'indication est formelle d'instiller le collyre suivant :

Eau distillée............... 10 gr.
Salicylate d'ésérine......... 0.05 cent.

II

M. Grancher a ensuite fait connaître des résultats statistiques bien instructifs sur la fréquence des cas intérieurs de rougeole à l'hôpital, malgré les précautions prises et la création du service d'isolement. Pour apprécier exactement la proportion des cas intérieurs, c'est-à-dire des enfants qui, entrés à l'hôpital pour une autre maladie, y prennent la rougeole, il faut tenir compte de plusieurs conditions. D'abord la moitié environ des enfants qui entrent dans le service ont déjà eu la rougeole ; parmi cette moitié, il faut encore défalquer les enfants qui présentent les premiers symptômes de la rougeole moins de 13 jours après leur entrée dans le service ; car ils ont alors pu la contracter au dehors. Malgré ces réductions, le pourcentage des cas intérieurs est encore considérable; il s'élève au moins à 60 p. 100 de totalité des cas de rougeole soignés dans l'année.

Les cas intérieurs se répartissent dans une succession de petites épidémies, se succédant à intervalles de 13 jours et ayant chacune pour origine l'introduction dans les salles de cas méconnus à la consultation ou par l'interne de garde. En 1886-1887, le fait s'est produit 9 fois dans *la salle des filles* et 12 fois dans celle des garçons. Il faut ajouter que ces erreurs sont impossibles à éviter actuellement ; le diagnostic formel étant impossible au début de l'invasion, alors qu'il n'existe que de la toux et des éternuements, le même fait se produira tant qu'il n'y aura pas de salles d'expectation.

Le mode de transport des germes contagieux de la rougeole dans l'intérieur de l'hôpital est mis en lumière par les exemples suivants.

La première surveillante qui fut installée à la salle des filles depuis la laïcisation (13 novembre 1886) n'avait pas eu la rougeole. Le 27 novembre, elle contractait cette maladie d'un enfant introduit par erreur pendant l'incubation. Cette jeune femme, d'une santé florissante, fut enlevée en quelques jours par une congestion pulmonaire double. — Elle avait été soignée par la surveillante de la salle des garçons dans une chambre séparée seulement d'une des portes de cette salle, par la largeur d'un palier d'escalier. La surveillante des garçons, obligée, par suite de l'insuffisance du personnel, de partager ses soins entre ses petits malades et sa collègue, contagionna d'abord celui des enfants dont le lit était contigu à la porte ; puis, dans les lits les plus voisins, se montrèrent successivement 13 cas.

Il faut ensuite signaler la prédilection des cas de contagion pour certains lits de la salle : ainsi, sur 17 cas intérieurs de rougeole, 11 ont pris naissance dans 4 lits, malgré les précautions de désinfection, changement de literie, lavage des lits eux-mêmes à l'eau bouillante, au savon noir et au sublimé. Il est vrai que ces moyens sont insuffisants, nous le savons ; le transport des lits dans une étuve à vapeur sous pression serait indispensable, mais n'a pu être encore réalisé jusqu'ici.

L'examen des statistiques montre que l'organisation du service d'isolement, dans les conditions actuelles, n'a diminué ni le nombre des cas intérieurs de rougeole, ni la mortalité générale de l'hôpital du

fait de cette maladie. En effet, si on relève les chiffres officiels depuis 1882, on voit qu'ils sont les suivants :

Années.	Entrées pour rougeole.	Décès.	Mortalité.
1882	205	98	34 0/0
1883	218	50	27 —
1884	436	191	43 —
1885	361	119	33 —
1886	406	197	48 —

Ainsi, le pourcentage de la mortalité n'a jamais été aussi élevé que depuis que fonctionne le système d'isolement actuel (fin de 1885).

Ce résultat n'est paradoxal qu'en apparence, et ne surprend pas ceux qui connaissent les conditions d'hygiène déplorables dans lesquelles fonctionne le service d'isolement, dans des salles à plafonds bas, où manquent l'air, la lumière, les moyens de chauffage.

M. Grancher a terminé sa leçon par l'exposition rapide des conditions que réclamerait un système d'isolement véritablement utile.

Il faudrait d'abord éviter les erreurs de diagnostic qui ont pour résultat d'introduire dans les salles pour bronchites simples des enfants en incubation de rougeole ; il faudrait que, dès l'entrée de la salle d'attente, un interne fît un premier triage rapide et envoyât dans des chambres d'expectation les admis suspects.

Les salles dites d'isolement devraient être séparées des autres corps de bâtiments par une cour ou du moins un rideau d'arbres ; il faudrait qu'elles fussent largement éclairées d'un côté par de larges baies exposées à l'est ou à l'ouest, et destinées à être ouvertes presque constamment, tandis que du côté opposé, où seraient placés les lits, il n'y aurait que des châssis de ventilation. L'exposition au midi ou au nord a pour inconvénient d'être torride ou glaciale, suivant les saisons, et d'obliger à tenir les fenêtres fermées la plupart du temps. Il est indispensable aussi que les salles soient chauffées par des circulations d'eau chaude ou d'air chaud pour permettre de les chauffer tout en laissant les fenêtres ouvertes. Il est impossible d'obtenir ces modifications dans nos hôpitaux d'enfants actuels ; il faudrait jeter bas tous les bâtiments.

On ne pourra jamais exiger que le service hospitalier et le service médical soient reclus dans les salles d'isolement ; mais il faudrait exiger de chacune des personnes qui en font partie une désinfection complète et rigoureuse à la sortie. Lavages non seulement des mains, mais du visage, changement de vêtements, qui devraient, aussitôt quittés, passer par l'étuve à vapeur sous pression.

M. Grancher proteste enfin contre l'usage de confier les services d'isolement (rougeole ou diphthérie) pendant deux mois aux divers médecins à tour de rôle ; ce laps de temps est aussi insuffisant pour les essais thérapeutiques que pour les recherches scientifiques et ne fait que favoriser la diffusion des germes contagieux dans le reste de l'hôpital.

Heureusement l'administration de l'Assistance publique semble disposée à entrer dans les voies réformatrices que lui signalent depuis si longtemps ses médecins, et, comme le conseil municipal est saisi de divers projets, il est à espérer que d'ici à quelques années les médecins des hôpitaux d'enfants et le professeur de clinique n'auront plus à déplorer la terrible mortalité qui existe actuellement du fait de la rougeole et de ses complications.

P. LE GENDRE,
Chef de clinique adjoint de la Faculté.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 juillet.

Election d'un titulaire dans la section d'hygiène publique.

Ont obtenu : M. Ollivier, 58 voix, élu. M. Magnan, 8 ; M. Motet, 4.

Traitement préventif de la rage par la méthode Pasteur.

M. *Pasteur* dépose sur le bureau de l'Académie un exemplaire du rapport du *Local Government Board* sur le traitement prophylactique de la rage, rapport qui confirme les résultats expérimentaux obtenus à Paris dans le traitement préventif de cette maladie. Il ajoute que la lecture de ce rapport a été pour lui la source d'une des joies les plus pures de sa longue carrière scientifique.

M. *Peter*. Lorsque j'ai pris la parole au mois de janvier dernier, j'ai signalé les périls de la méthode intensive. Depuis, elle a été si profondément modifiée qu'on peut dire qu'elle n'existe plus sous sa forme absolue, et que j'ai cause gagnée.

On n'ose plus inoculer le troisième jour, le virus frais d'un jour, par conséquent on reconnaît implicitement le péril que j'ai signalé. Maintenant on inocule par la méthode primitive ou une méthode mixte qui lui ressemble et qui est tout aussi inefficace. Je n'en veux pour preuve que le cas de mort, par rage, qui vient d'arriver dans les conditions que je vais dire :

Hier matin, à deux heures, est mort de la rage, à l'hôpital Saint-Antoine, un pauvre ouvrier, nommé Paul Hurot, âgé de quarante-deux ans, demeurant rue St-Bernard.

Ce malheureux, qui avait été mordu le 29 mai dernier, par son propre chien, alla immédiatement se faire cautériser dans une pharmacie, puis, dès le lendemain, sur le conseil de plusieurs de ses amis, il s'était rendu à l'Institut Pasteur.

Pendant les treize jours que le traitement a duré Hurot a subi dix-huit inoculations, c'est-à-dire deux par jour pendant cinq jours, et une chacun des huit jours suivants.

A l'issue de cette médication, l'ouvrier ne se ressentait de rien et avait repris ses occupations. Mais samedi passé, le pauvre homme fut pris d'un malaise étrange. Un médecin fut appelé et crut à de simples crises nerveuses. Bientôt, cependant, les accidents prirent un tel caractère qu'un autre praticien, M. le docteur Miquel, fut requis. Celui-ci ne tarda pas à reconnaître tous les symptômes de l'hydrophobie et fit immédiatement admettre le malade à l'hôpital Saint-Antoine.

Dans la journée de dimanche, Hurot, qui avait été placé dans la salle Axenfeld, fut assez calme ; mais vers le soir de nouveaux accès, de plus en plus terribles, se déclarèrent et l'on dut transférer le malheureux dans une chambre isolée dépendant du service de M. Hayem. C'est là qu'il est mort

quelques heures plus tard, après une agonie épouvantable, de rage convulsive et non de rage paralytique. Vous pourrez vous renseigner auprès de M. Hayem.

On remarquera :

1° Que ce malheureux a été inoculé le jour même de sa morsure, on ne peut donc pas arguer (pour expliquer l'insuccès de la méthode) du long temps écoulé après la morsure.

2° Qu'il a été inoculé par des disciples de M. Pasteur. On ne peut donc pas arguer de leur incompétence ou de leur inhabileté.

3° Qu'il a été inoculé avec du liquide pastorien ; on ne peut donc pas arguer de la mauvaise qualité du virus ;

4° Qu'il est mort le 35e jour après la morsure, c'est-à-dire dans les limites habituelles de la durée de la période d'incubation de la rage.

On remarquera, d'autre part, que ce cas de mort ajouté à ceux des six premiers mois, forme un total égal à la moyenne de la mortalité annuelle de la rage en France.

Voilà pour la valeur de la méthode dite prophylactique de la rage.

J'ajoute qu'il y a, en matière de thérapeutique, un criterium de sens commun, c'est l'abaissement du chiffre de la mortalité. Or, ce chiffre n'est pas abaissé, loin de là.

On a invoqué, il est vrai, deux choses : 1° les statistiques antérieures ne sont pas suffisantes.

2° On cache, dans les familles, les cas de rage.

Le premier argument n'est pas sérieux ; en effet, c'est se faire la part trop belle que de récuser des chiffres qui déplaisent.

Le second argument n'est ni plus sérieux, ni plus médical : il y a cinq maladies que l'on cache dans les familles parce qu'elles sont ou peuvent être héréditaires ; ce sont : la tuberculose, le cancer, la syphilis, l'épilepsie et la folie. Mais on ne cache pas plus un cas de mort par la rage survenu dans une famille qu'on ne cacherait un cas de mort par l'incendie de l'Opéra-Comique. Cela n'est pas héréditaire.

M. *Pasteur*. — Au mois de janvier dernier, il vous a été affirmé que la méthode prophylactique contre la rage était : 1° inefficace, 2° dangereuse.

Elle était inefficace. Aucune preuve sérieuse n'en a été fournie. Aujourd'hui la Commission anglaise, qui compte les noms les plus illustres parmi les physiologistes de l'Angleterre, vient de déclarer qu'elle est réellement efficace. J'en conclus que les allégations relativement à l'inefficacité du traitement sont scientifiquement nulles et non avenues.

Il vous a été déclaré que la méthode était dangereuse. Aucune preuve quelconque n'en a été fournie scientifiquement.

Il n'y a qu'une preuve de la mort par la rage et qui est affirmée par le rapport de la Commission anglaise. Il faut que le bulbe de la personne morte ait été inoculé à des animaux et qu'elle leur ait donné la rage. Cette preuve n'a pas été faite.

Ainsi donc, vous le voyez, aucune preuve n'a été fournie, ni de l'inefficacité ni du danger des inoculations préventives.

Quant à vouloir discuter plus longtemps avec la personne qui vient de prendre la parole, je dirai que je la trouve, cliniquement et expérimentalement, absolument incompétente.

M. *Peter*. — On n'est pas incompétent quand on cite des faits.

M. *Pasteur*. — On est incompétent lorsqu'on cite des faits de cette nature, alors qu'*aucune expérimentation* n'a été faite à leur propos.

Il y a eu une multitude de docteurs venant de la France et de l'étranger qui ont assisté à toutes les opérations relatives à l'inoculation de la rage.

Ces messieurs sont devenus aujourd'hui directeurs ou assistants de 15 Instituts antirabiques fondés en Europe et en Amérique.

Ces docteurs se sont rendus compte, par des expériences, de ce qu'ils ont vu ici et pour la plupart, leurs résultats ont été conformes aux miens.

Quelques-uns, Frisch en Autriche, Amoroso et Rienzi à Naples, (ou pour mieux dire Amoroso seulement, car je ne devrais pas citer Rienzi qui a été le collaborateur d'Amoroso, lequel est seul venu à Paris), en Portugal, Abreu, qui ont fait des expériences avec la matière première que j'avais pu leur remettre, sont arrivés à des résultats contradictoires. Ils ont fait chez eux des observations en opposition avec ce qu'ils avaient vu à Paris. Il me suffira de vous rappeler à cet égard les seize conclusions de Frisch, que vous connaissez bien et dont on a fait grand bruit.

Il n'était pas possible de juger ces conclusions, qui étaient cependant des conclusions fermes, au moment où elles ont été émises. A cette époque, en effet, elles n'étaient accompagnées d'aucun détail, d'aucune expérience probante.

Depuis, au commencement de mai, M. Frisch a publié l'ensemble de son travail, que j'attendais, pour ma part, avec une grande impatience. Je l'ai fait traduire et j'y ai répondu. J'ai montré que les résultats obtenus par M. Frisch provenaient très probablement de ce que cet observateur avait laissé s'altérer entre ses mains le virus spécifique que je lui avais remis.

Il ne faut pas oublier, en effet, que le mélange de microbes étrangers avec le virus rabique entraîne des conséquences graves telles qu'abcès à la surface du cerveau, qui suffisent à amener la mort.

Quant aux expériences d'Amoroso et de Rienzi, elles sont publiées dans les Annales de notre Institut où elles ont été réfutées.

Les expériences de Abreu sont plus défectueuses encore.

Ce dernier prétend que l'inoculation des moelles saines de lapin, après trépanation, détermine des paralysies qui rappellent les paralysies de la rage.

Ces expériences ne peuvent pas être prises au sérieux. Je n'ai pas besoin de vous dire que nous les avons faites maintes fois, —avec le plus grand soin, il est vrai, afin d'éviter toute cause d'erreur — et que jamais nous n'avons observé les accidents constatés par M. Abreu, ni abcès, ni paralysie, ni convulsions.

Enfin, je le répète, toutes ces expériences négatives tombent devant les expériences positives faites avec le plus grand soin par la Commission anglaise.

Je m'arrêterai ici, je ne veux pas entrer en discussion à propos de la rage, avec le membre de l'Académie qui vient de prendre la parole parce que je le juge incompétent et que je le jugerai tel, tant qu'il n'aura pas fait d'expériences.

J'ajouterai même que je trouve quelque peu étrange vraiment, de voir qu'après 7 à 8 années d'observations consécutives sur la rage, il soit possible de voir une personne venir dire devant une Société académique de médecine, que tout ce qui a été fait est inefficace et dangereux, alors que cette même personne n'a par devers elle, aucune expérience pour appuyer une pareille affirmation.

Je n'entrerai en discussion que le jour où vous nous apporterez des expériences : ce jour-là, soyez-en convaincu, je serai le premier à désirer la discussion.

M. *Peter.* — Je demande la parole.

M. le Président. — M. Pasteur vient de faire une simple présentation ; vous avez répondu. Si vous preniez encore la parole, nous nous trouverions en présence d'une véritable discussion que notre ordre du jour ne nous permet pas d'aborder en ce moment.

Vous pourrez répondre à la prochaine séance.

M. *Peter.* — Très volontiers, j'accepte le rendez-vous à la prochaine séance.

Voix diverses : l'ordre du jour, l'ordre du jour. (L'ordre du jour est accepté).

Discussion sur le surmenage intellectuel.

— M. *Peter* avait fait le discours suivant dans la séance du 25 juin :

« C'est en praticien que je viens ici parler du surmenage intellectuel et de la sédentarité forcée que j'appellerai volontiers la claustration scolaire. Il y a là tout une pathologie d'autant plus intéressante qu'on en connaît la cause et le remède. La cause en est le surmenage et le remède serait de le faire cesser. Le surmenage provient de ce que, dans les choses de l'intelligence, on ne respecte pas la loi de l'offre et de la demande, c'est-à-dire que, dans les programmes d'études, la demande est supérieure à l'offre qui est l'aptitude intellectuelle des candidats. La nature nous enseigne que, dans la masse des intelligences, ce qui domine, ce sont les aptitudes moyennes ; en deçà ce sont les faibles d'esprit ; au delà les esprits supérieurs. Or, il semble que les programmes scolaires aient été faits pour ceux-ci. Mais, eux, ils dépasseront toujours vos programmes, car ils étudient non seulement sans fatigue, mais avec plaisir ; car ils obéissent à une tendance, bien plus, à un besoin de leur intelligence, la soif de savoir. Les autres, les faibles d'esprit, n'atteindront jamais vos programmes ; j'ajoute que les esprits moyens ne les atteindront qu'avec peine et au risque de rester pour toujours des fourbus du cerveau.

Ainsi, les programmes trop touffus dépassent les aptitudes moyennes et inférieures, et créent de véritables dangers ; ces programmes sont à revoir et à réformer. Ce qui est à réformer également, c'est l'hygiène matérielle de l'école. Nous avons besoin d'un nouveau Rollin.

En réalité, le surmenage intellectuel est une des formes du surmenage général auquel sont soumis les civilisés et particulièrement les Français. Nous sommes des surmenés, surtout depuis 1871 ; on sait pourquoi. Nous sommes des surmenés volontaires, des surmenés patriotiques, luttant pour l'existence. »

Après ce préambule, l'orateur annonce qu'il limitera son sujet aux jeunes surmenés du cerveau, surmenés involontaires que ne protège aucune loi Roussel, victimes dans nos lycées et nos pensionnats, comme dans nos écoles supérieures, de programmes surchargés où l'hygiène du cerveau est aussi méconnue que l'hygiène musculaire. Il se bornera, d'ailleurs, à la partie pathologique de la question.

Le surmenage, c'est le fonctionnement excessif, exagéré ; il a pour conséquence et pour expression la *fatigue*. La fatigue vulgaire, banale, c'est la fatigue musculaire, laquelle s'exprime physiologiquement et pathologiquement par la courbature et l'impotence fonctionnelle.

La *courbature* c'est la douleur par épuisement et encombrement. Epuisement plus ou moins momentané de la fibre musculaire vivante ; encombrement plus ou moins persistant de cette fibre musculaire vivante par la fibre musculaire morte, c'est-à-dire par la créatine, la créatinine, l'inosite, l'acide lactique, cadavres ou produits cadavérisés de la fibre musculaire, usée, oxydée, détruite.

Ce qui est vrai de la fibre musculaire, l'est de la fibre cérébrale préposée à la pensée. Celle-ci, comme celle-là, s'épuise et s'encombre par le fonctionnement excessif (à cela près que l'encombrement se fait par la cholestérine et la leucine) ; celle-ci, comme celle-là, la cellule cérébrale, comme la fibre musculaire, se courbature par le surmenage.

Ainsi la *courbature cérébrale* est de même cause que la courbature musculaire (épuisement de la cellule vivante et encombrement par la cellule morte), et elle s'exprime de même sorte par la douleur et par l'impotence ; cette douleur est la céphalalgie ; l'impotence est l'inaptitude intellectuelle ; tels sont les symptômes de la courbature cérébrale.

La *céphalalgie* est donc le phénomène primordial, nécessaire, obligé, qu'on observe au début de tous les cas de surmenage cérébral, soit seul, soit comme le premier terme de séries morbides variées aboutissant l'une à la *fièvre de fatigue*, l'autre à la *fièvre typhoïde*.

Dans une première scène morbide, on observe la céphalalgie et les épistaxis ; un degré de plus, il y a céphalalgie, épistaxis et mouvement fébrile ; c'est la fièvre de fatigue.

Une autre série morbide est constituée par la céphalalgie d'abord, puis il y a céphalalgie avec épistaxis, puis céphalalgie avec épistaxis et troubles digestifs, épuisement général, fièvre persistante ; c'est la fièvre typhoïde.

La *céphalalgie* négligée, méconnue, méprisée, peut conduire, dit M. Peter, à des désastres pathologiques. La céphalalgie, c'est le cri de souffrance de l'organe fatigué qui demande grâce, qui réclame un repos nécessaire. Si ce cri n'est pas écouté, le cerveau refuse la fonction, il ne comprend plus, les cellules cérébrales se mettent en grève. C'est l'impotence fonctionnelle, fait très fréquent qu'ont observé tous les médecins, chez de jeunes sujets dont le cerveau est loin d'être toujours apte à la fonction intellectuelle imposée. Le mal de tête est la seule chose dont ils se plaignent, et comme c'est là un phénomène subjectif qui échappe au contrôle, l'élève est trop souvent traité de paresseux.

Ce mal de tête a pour caractère de se produire dès que recommence l'essai du fonctionnement, soit par la lecture, soit par l'étude, même la plus légère et la moins prolongée.

Un autre caractère est l'impuissance fonctionnelle, les idées se brouillent, la compréhension cesse, c'est comme une sorte de « crampe des écrivains » cérébrale.

Le cerveau est alors *invalide* et trop souvent il l'est pour un long temps, sinon pour toujours, quant à l'étude. M. Peter en connaît des cas qui durent depuis trois ans. L'intelligence semble intacte, les fonctions cérébrales moyennes, ordinaires, s'accomplissent normalement ; les jeunes sujets prennent part à la conversation, raisonnent pertinemment ; mais, dès qu'ils veulent lire ou étudier, tout devient confus.

M. Peter cite de remarquables exemples de cet

état qu'il a pu observer chez des jeunes filles aspirant à ces fameux « brevets » dont on parle tant aujourd'hui.

Après la céphalagie seule, vient la céphalalgie avec épistaxis et fièvre ; c'est la fièvre de *surmenage* intellectuel la *ptomaïnémie*, la *leucomaïnémie* décrite par M. Peter depuis 1869 sous le nom *d'autotyphisation*.

Cette fièvre de surmenage présente à son début tous les symptômes de la fièvre typhoïde, tous excepté la régularité de la courbe thermique.

On l'observe le plus habituellement au moment des examens, c'est-à-dire à cette période d'*entraînement* intellectuel où s'épuise le cerveau. M. Peter a eu l'occasion d'en observer des exemples remarquables, soit chez des jeunes filles élevées dans des pensionnats, soit chez des élèves des lycées, de l'école Centrale, de l'école Normale ou de l'école Polytechnique, et cela surtout au moment des examens. Fièvre de surmenage aux allures redoutables et à la courte durée — à cela près que le cerveau peut en sortir amoindri dans son entendement pour longtemps, sinon pour toujours.

Un degré de plus et c'est la fièvre *typhoïde* : *l'autotyphisation* est à son maximum ; l'organisme est sursaturé des déchets du cerveau ; les voies sont préparées, le microbe peut entrer en scène.

C'est au moment où viennent les examens de l'Hôtel-de-Ville, fruit de la « manie des brevets » — véritable calamité sociale — qui s'est emparée des jeunes filles, c'est à l'époque de ces examens que se manifestent ces cas de fièvre typhoïde.

Les mêmes causes engendrent des symptômes de dilatation du cœur et palpitations douloureuses, qui ne sont heureusement qu'un trouble fonctionnel ordinairement sans autre gravité que sa persistance, et qui sont parfois l'occasion d'erreurs de diagnostic et surtout de pronostic.

M. Peter arrive ensuite à la *Tuberculose* des surmenés de l'intelligence, des surmenés de nos Écoles où à l'épuisement cérébral s'ajoute la malfaisance de l'air confiné et de la sédentarité. Il cite des exemples frappants de cette tuberculose particulière qui frappe des jeunes gens nés de parents vigoureux, dans des familles sans antécédents.

« En résumé, dit l'orateur en terminant, dans la rédaction des programmes scolaires on n'a pas assez tenu compte des aptitudes intellectuelles moyennes ; le surmenage cérébral, avec toutes ses conséquences morbides, en a été le résultat ; il faut réformer ces programmes. Dans l'hygiène scolaire, on n'a pas assez tenu compte des besoins impérieux et tout matériels de l'organisme ; il faut réformer cette hygiène. La jeunesse française, comme l'enfance, a besoin d'une *loi Roussel*. A l'Académie de médecine d'avertir, aux pouvoirs publics d'aviser. Il y a péril. Nous ne devons pas laisser moissonner notre jeunesse dans sa fleur ! » (Applaudissements.)

M. *Colin* (d'Alfort). — Certains arguments en faveur de la revision des programmes n'ont pas été mis suffisamment en lumière : ainsi ceux qui touchent à la physiologie cérébrale et à la psychologie.

C'est de ceux-là que je veux surtout parler.

J'ai été un peu désappointé après avoir entendu les discours de mes collègues, et je vois, en somme, que les griefs contre le surmenage ne sont ni bien sérieux, ni bien fondés.

Ainsi M. Lagneau reproche au surmenage de favoriser le développement de la myopie, d'amener des déformations du rachis, l'inégale élévation des épaules, des troubles de digestion, l'anémie, les maux de tête, l'altération des facultés intellectuelles.

Tout cela peut arriver sans surmenage ; de plus il faudrait établir dans quelle proportion la fatigue intellectuelle augmente les accidents ; or M. Lagneau réunit les effets du surmenage à ceux de la sédentarité.

Les griefs articulés par M. Brouardel sont encore moins probants, puisqu'ils se rapportent à trois causes : surmenage, sédentarité, séjour dans une grande ville. Pourquoi attribuer la tendance à l'atrophie des organes génitaux plutôt au surmenage qu'à l'étiolement si commun dans les grands centres ou à l'hérédité ? De plus, l'infécondité par arrêt de développement est soumise aux mêmes lois dans les deux sexes ; or elle n'est pas rare du tout chez des femmes qui se fatiguent peu à l'école.

Est-ce bien au surmenage — c'est là le reproche le plus grave de M. Brouardel — qu'on doive attribuer l'arrêt de développement intellectuel, dont le Parisien serait surtout victime ? Ne voit-on pas que ce sont plutôt les fainéants dont le développement intellectuel est ralenti ? De plus, attribuer au surmenage la plupart des infirmités de la jeunesse, c'est aller un peu loin ? Il suffit pour s'en convaincre de regarder les bandes de nos collégiens en promenade.

On exagère les effets du surmenage : ils se réduisent à la fatigue d'un organe, le cerveau, qui travaille outre mesure. Mais l'anémie et toutes les conséquences débilitantes d'un travail excessif sont plus ou moins redoutables suivant qu'elles trouvent ou non des auxiliaires dans les individus ou les milieux. Parmi nos élèves, les uns ont un esprit alerte, une bonne tête enfin, les autres ont un esprit lent, et rétif, ce sont ces derniers qui seront surmenés.

M. Peter a fort bien montré que c'est le cerveau qui souffre et agit par voie réflexe sur les autres organes, mais il paraît aller loin en rapportant à la fatigue du cerveau tous les accidents qui surviennent pendant l'âge des études : je ne vois pas, par exemple, comment le surmenage peut amener la fièvre typhoïde.

Pourquoi ne pas se guider d'après les principes élémentaires des zootechniciens : que ceux qui ne peuvent pas supporter le surmenage l'évitent, de même que ceux qui ne peuvent pas courir se contentent de marcher. Distinguons en effet le surmenage volontaire du surmenage de contrainte.

Le premier, que tous les travailleurs connaissent, stimule et tonifie le système nerveux au lieu de le déprimer, à moins d'être par trop excessif.

Quant au second, imposé par les programmes ou par des maîtres inintelligents, supportable et profitable encore pour les jeunes gens qui ont de la bonne volonté, c'est un supplice équivalent aux travaux forcés pour les paresseux et les lâches.

Evidemment le surmenage volontaire subsistera toujours, c'est lui qui nous donne le savant, l'artiste, le grand industriel : l'entraver n'est pas possible.

Qu'importe qu'ils soient un peu plus pâles et moins vigoureux, leur demande-t-on qu'ils soient taillés en hercules ? Ce qu'il leur faut c'est le talent, lequel ne s'acquiert que par une grande somme d'efforts, même dans les plus belles organisations.

Ce qu'il faut restreindre, c'est le surmenage forcé, qui réussit tout au plus à élever des nullités au niveau des plus faibles médiocrités, qui vise à

faire d'un imbécile un bachelier ou un docteur, et y parvient quelquefois au détriment de la Société à laquelle on ferait mieux de laisser un ébéniste ou un maçon.

Mais je ne veux pas défendre les fainéants, je veux surtout défendre les intelligences moyennes ; et les procédés pour y arriver sont nombreux.

Pour l'enseignement primaire, M. Le Fort a indiqué un bon moyen, c'est de faire venir les enfants à l'école par série. Un second, excellent aussi, serait l'annexion aux écoles primaires d'un local servant d'atelier pour des professions dont l'apprentissage peut commencer dans le jeune âge.

L'enseignement des lycées, où les programmes trop chargés visent à faire de l'élève un véritable encyclopédiste, comme dit M. Rochard, ne tient pas compte des différences d'intelligence. Les cours sont trop nombreux et les impressions que reçoit l'élève se succèdent trop vite pour être durables, elles s'effacent les unes les autres en se superposant ; les forces du cerveau, on pourrait dire ses finances, sont gaspillées.

Si vous ajoutez à tout cela l'escrime, la gymnastique, la récréation, etc., ce seront là encore, après tout, des causes nouvelles de fatigue. A la fin de la journée, l'élève est exténué et, s'il lui faut encore travailler le soir, il le fera avec un cerveau amoindri.

Le remède serait dans la diminution des programmes, le niveau des études, loin de baisser, sera plutôt relevé.

Dans l'enseignement supérieur, il ne faut pas croire qu'il y aura surmenage ; grâce à leur âge, à leur liberté d'action, à la facilité qu'ils ont d'éviter la contrainte, les étudiants sauront toujours l'éviter.

Dans les écoles vétérinaires cependant, le surmenage est encore manifeste. Cela tient d'abord à la masse de connaissances inutiles que les élèves emmagasinent pour s'y préparer, ensuite aux études de l'école elle-même qui sont extrêmement complexes et variées.

Bien que l'art vétérinaire comporte moins de matières que l'enseignement médical, son champ s'élargit tous les jours, il reste à peine quelques instants à nos élèves pour rédiger leurs notes et réfléchir à leurs cours.

En somme, parmi les effets de surmenage, les plus pernicieux sont ceux qui entravent le plein développement des facultés cérébrales et aboutissent à former des hommes superficiels.

On sera plus touché de la faiblesse des études et des imperfections de l'enseignement que de la prédisposition à la myopie ou au resserrement des épaules, ou à l'atrophie de certains organes.

Comme remède, la révision des programmes est reconnue nécessaire, elle s'impose, car la méthode actuelle est condamnée. Le système de la concentration des forces intellectuelles est à substituer à celui de leur éparpillement.

La réforme des programmes doit être fondée sur trois principes.

1° Limitation du travail scolaire d'après la moyenne des forces que chaque âge peut déployer.

2° Suppression, réduction et caractère facultatif de l'enseignement des superfluités pour donner aux études importantes l'extension nécessaire.

3° Adaptation de chaque genre d'étude aux facultés et aptitudes des individus.

Comme conclusion je dirai.

1° Il n'est pas nécessaire d'appeler l'attention des pouvoirs publics sur la question du surmenage intellectuel. C'est chose faite.

2° Il n'y a pas lieu de réclamer l'intervention législative. Le ministre doit être investi du pouvoir suffisant pour régler la durée des classes, l'étendue des cours et pour mettre les programmes en rapport avec les exigences des enseignements.

3° Il faut régler l'enseignement de façon à obtenir de la jeunesse de fortes et sérieuses études pour conserver leur niveau aux hautes professions.

M. *M. Perrin*. Pour M. Peter, le surmenage occasionne une courbature cérébrale, de même cause que la courbature musculaire. Parfois, cette courbature s'accompagne d'épistaxis, de fièvre septique, et même conduirait à la tuberculose. Je laisse de côté ces effets généraux si graves, si complexes, et dont il est bien difficile de pénétrer les causes vraies pour ne m'occuper que de la forme de courbature cérébrale la plus fréquente, et qui se traduirait par de la céphalalgie et de l'inaptitude intellectuelle. Le mal à la tête serait souvent la seule chose dont se plaindraient les surmenés ; il se reproduirait au moindre essai de travail, tel que la lecture la moins sérieuse, l'étude la moins prolongée, un autre signe qui suit de près le mal à la tête ; c'est l'impuissance fonctionnelle ; les idées se brouillent, la compréhension cesse, etc., etc.

Dans les faits cités par notre éminent collègue à l'appui de son opinion, il est toujours question, en premier lieu de ce premier mal à la tête ; or ce mal de tête me paraît être lié à des phénomènes d'asthénopie accommodative. Une de ses malades, en particulier, dépeint très bien tous les signes de ce trouble fonctionnel, très fréquent, surtout pendant l'adolescence. C'est bien encore du surmenage si l'on veut, mais du surmenage oculaire, auquel la fatigue du cerveau est étrangère.

Je sais bien que le développement de l'adolescent est fréquemment accidenté par des troubles nerveux qui n'ont point pour cause le développement de l'appareil de la vision, mais ce qui me porte à croire qu'il n'en est pas ainsi dans les exemples cités par M. Peter, c'est que les douleurs sont locales, fixées à la tête, comparées par lui, je crois, à un cercle qui étreint irrégulièrement le crâne, et je crois que dans ces cas il ne s'agissait d'autre chose que d'asthénopie. A mon avis, il faut donc bien se garder d'attribuer au surmenage intellectuel les maux de tête de l'adolescent, tant que l'état optométrique de l'œil n'a pas été mis hors de cause.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Exercice illégal.

Quels gens respectueux de l'inflexible loi que ces pharmaciens !

Ouvrez le numéro 35 de la 3e année du « Pharmacien populaire des villes et des campagnes, organe de la pharmacie centrale de Nantes », et vous lirez ceci à la correspondance :

« M. l'abbé A..., à R... Donnez-nous des renseignements plus précis. Notez bien les heures du « retour de la fièvre. Si la *malade* ne veut plus « prendre les paquets de sulfate de quinine, *vous aurez recours à la méthode endermique.* »

« M. le curé de C. (Maine-et-Loire). — Nous n'avons pas reçu votre communication. Nous croyons

« qu'il n'y a pas lieu de s'effrayer. *Faites prendre à votre malade,* au moment du coucher, « *50 centigr. de bromure d'ammonium* dans un « peu de lait sucré. »

Et pas mal d'autres conseils et consultations analogues.

Est-ce assez lumineux ?

Voilà un pharmacien qui fait de la médecine. Voici des curés qui en font, qui pratiquent des injections hypodermiques et le reste.

On trouve cela très naturel. Le Journal-Réclame se publie, s'envoie partout. Le parquet, vigilant contre le médecin patenté, est sourd, aveugle et muet quand il s'agit de charlatans pharmaciens, surtout bien pensants.

Pourquoi les médecins ne se plaignent-ils pas, diront les bons gardiens de la moralité et de la sécurité publique ? Pourquoi ? On prend donc, à la fin, les médecins pour des imbéciles à force de les traiter en dupes !

Est-ce la peine de dénoncer — toujours vilaine action — des gens qui se dénoncent eux-mêmes ! Leurs agissements crèvent les yeux, éclatent, superbes d'impudence, et rayonnent de la certitude de l'impunité.

A quoi servent, dès lors, les Argus de la Justice ?

A surprendre et à condamner un interne des hôpitaux quand il fait un remplacement provisoire, court et autorisé par ses maîtres de l'Ecole !

A frapper d'une amende des praticiens qui s'obstinent à conserver encore un reste d'honneur professionnel en sauvegardant le secret de leurs malades !

A tracasser les médecins par des demandes répétées de production de diplômes !

A user et à abuser du corps médical par des réquisitions, pour des enquêtes, pour des expertises et à lui jeter ensuite, en guise de salaire, des *sommes* qu'on n'oserait pas, quelquefois, offrir comme pourboire.

A protéger l'illégalité contre le droit et à interpréter les textes dans un esprit tout judaïque !

Ce n'est, certes, point la peine de demander ni de rechercher « qui on trompe ici ».

Les faits parlent : ils hurlent. Ce doit être assez, et, même, c'est trop.

* *

A la concurrence que se font entre eux certains médecins, qu'on ajoute l'action constante, multiple, inouïe des illégaux, et l'on ne sera en droit de s'étonner que d'une chose, c'est qu'il y ait encore, ici-bas, des gens d'assez d'illusion, de foi, de courage et d'honnêteté pour étudier sérieusement la médecine et pour oser la pratiquer selon la pure et stricte morale.

La conclusion — simple — est qu'il faut une réforme radicale des professions médicale et pharmaceutique.

Ou la liberté absolue pour tous, — ou, pour tous, la réglementation intelligente et intégralement respectée.

D^r P.

Diffamation.

La Neuvième Chambre du tribunal correctionnel, en son audience du 2 mars, a condamné à 2;0 fr. d'amende, 300 fr. de dommages-intérêts et aux dépens M. le docteur V. A., agrégé de la Faculté de Lyon, pour injures et diffamation contre M. le docteur J. Roussel.

Dans les n°s 1 et 3 de son journal, il avait violemment attaqué ce dernier comme manquant à l'honneur médical en voulant garder secrète sa méthode de traitement de la phthisie par l'Eucalyptol injectable, tandis que, tout au contraire, ce traitement était alors en pratique publique à l'hôpital Laennec dans le service de M. le professeur Ball, en vue d'une communication à l'Académie, et que les formules étaient depuis longtemps déposées en un pli cacheté et destiné à être ouvert après la communication. Ces deux publications ont eu lieu les 22 et 29 mars.

M. V. A. ayant fait appel du jugement a été condamné à nouveau par la chambre des appels correctionnels qui le 30 mars a confirmé en tous points le premier jugement.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat de Coutras.

Réunion générale du 14 juin 1887.

Présidence de M. DULAURIER, vice-président.

Etaient présents :

MM. Dulaurier.
Deluze.
Ollivier.
Granier de Cassagnac.
Goizet.
Barbonceps.
Busquet.
Dumas.
Vidal.
Brury.
Guignard.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

En l'absence de M. Chayron, secrétaire, M. Guignard veut bien se charger d'en remplir les fonctions.

Après la lecture du compte rendu du trésorier, la réunion vote des remerciments au Dr Chayron pour sa gestion financière.

Une amende de deux francs est infligée à tous les membres non présents : exception faite pour MM. Chayron et Geneuil, le premier, retenu par la maladie, le second empêché par un deuil de famille.

Ordre du jour. — Modifications au règlement.

Après discussion, les modifications suivantes sont apportées au règlement.

Les réunions non générales de mars et septembre sont supprimées. Les réunions de juin et septembre sont seules maintenues, avec l'obligation pour tous les membres d'y assister.

En cas d'urgence, le bureau se réunit et peut provoquer une réunion générale extraordinaire, obligatoire.

Situation de la caisse du Syndicat après le dîner du 14 juin payé (60 francs envoyés à M. Deluzo) :

Actif : 221 fr. 23. Passif : 124 fr. 35. Balance en faveur de l'actif : 96 fr. 88.

A cette somme de 96 fr. 88, il faut ajouter le montant des cotisations en retard et le produit des amendes, soit 132 fr. de cotisations et 26 fr. d'amende.

Le Syndicat aurait donc en caisse ou à valoir : 254 fr. 88.

M. Dulaurier lit un travail sur les rapports entre médecins et pharmaciens. (Sera publié.)

La réunion vote l'impression de cent exemplaires de ce travail qui sera adressé à tous les membres du Syndicat, aux pharmaciens, ainsi qu'aux Sociétés de médecine et de pharmacie de la région.

Sur la proposition de M. Dulaurier, une commission composée des membres du bureau, auxquels s'adjoindront MM. Barbonceps et Vidal, se réunira le 4e mardi de septembre à l'effet d'examiner la question posée par le Syndicat d'Aisne et Vesle, sur l'opportunité de la création d'une société de secours mutuels entre médecins syndiqués.

La commission doit étudier aussi la question de savoir s'il n'y aurait pas lieu, vu la suppression des deux séances non générales, de porter à quatre francs le chiffre de l'amende en cas d'absence ; la moitié de cette somme devant revenir à la caisse de la Société de secours mutuels projetée.

Ces deux questions feront l'objet de l'ordre du jour de la prochaine séance.

Nomination d'un délégué chargé de représenter le Syndicat à l'Union des Syndicats à Paris, en novembre prochain.

Le Président propose de tirer au sort le nom de délégué parmi ceux des confrères qui voudraient bien accepter la charge de représenter le syndicat à la prochaine réunion. Il est, en outre, convenu qu'il sera désormais procédé de cette façon afin de faciliter l'accession à la délégation du plus grand nombre de confrères possible.

De plus, il est décidé que le même confrère ne devra pas être désigné comme délégué deux années consécutives. Une somme de cent francs sera mise par le syndicat à la disposition du délégué.

M. Dulaurier est désigné *par le sort* comme délégué du syndicat de Coutras.

La séance est levée à 5 heures, et tous les confrères présents à la séance se retrouvent quelques instants après au buffet de la gare autour d'une table magnifiquement servie.

Au dessert, sur l'invitation du Président, M. Barbancey se lève et porte un toast à M. le Dr Guillaumon, un des membres les plus sympathiques de notre syndicat, que l'âge et un deuil récent retiennent loin de nous. Nous célébrons le *cinquantième* anniversaire de la réception de M. Guillaumon au doctorat, et le syndicat de Coutras n'a pas voulu laisser passer une si belle occasion de témoigner à son doyen ses sentiments de profonde sympathie.

Pour le secrétaire :
Le secrétaire adjoint,
Dr GUICA.

ADHÉSION A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr WILLIGENS, à Guelma (Algérie), présenté par M. le docteur Labroussé, de Guelma.

NOUVELLES

TENTATIVE DE MEURTRE PAR UN ALIÉNÉ SUR M. DENY, MÉDECIN DE BICÊTRE.

On se souvient qu'au mois de novembre 1885 un individu, corse d'origine, âgé de 58 ans, Mariot... avait tiré sur la voiture de M. de Freycinet dans le but d'attirer l'attention sur sa personne. Il demandait une réparation du soi-disant assassinat de sa fille, morte à Panama, réparation d'argent qui le mettrait à l'abri de la misère. On reconnut qu'il ne jouissait pas de toutes ses facultés mentales, qu'il avait présenté autrefois des idées de grandeur et de persécution qui l'avaient poussé à commettre son dernier acte. Comme tous les malades de ce genre il avait accumulé des écrits autobiographiques volumineux. Depuis son entrée à Bicêtre, il s'était toujours montré calme, soumis, quoiqu'il n'ait jamais voulu travailler. Il protestait sans violences, ni de langage, ni d'action, contre son internement, réclamant d'être jugé par les tribunaux. En présence de sa manière d'être, M. Deny, dans le service duquel il se trouve, crut pouvoir lui délivrer l'année dernière un certificat de sortie. La préfecture, sur l'avis du médecin délégué, la refusa. Trois autres certificats eurent le même résultat. M... accusa alors M. Deny de le jouer et de le retenir au lieu de le faire sortir comme il le lui promettait. Mais, néanmoins, il ne le menaça jamais. Vendredi dernier, 17 juin, vers le milieu de la visite, les malades se trouvant rangés contre le mur, M... s'avança tout à coup sur M. Deny et chercha à le frapper dans le bas-ventre avec un instrument à la main. M. Deny put éviter le coup en sautant en arrière et M... fut aussitôt saisi. Il se laissa emmener sans résistance. L'arme dont il s'était servi est un couteau de table qu'il avait eu soin d'aiguiser à la pointe. Il en avait enveloppé le manche de chiffons, et avait enroulé une feuille de papier autour de la lame, la pointe seule dépassant légèrement. Puis il l'avait glissé dans sa manche et avait pu ainsi le dissimuler jusqu'au moment où il fit sa tentative qui a fort heureusement échoué. Interrogé, depuis, il a dit qu'il n'avait pas l'intention de recommencer, même s'il avait une bonne occasion.

(Progrès médical.)

BIBLIOGRAPHIE

Études médicales : choléra, fièvre typhoïde, phthisie pulmonaire, par le Dr LATAPIE (de Lourdes).

La brochure de 60 pages que vient de publier notre distingué confrère comprend des études insérées soit dans les *Annales d'Hygiène*, soit dans la *Gazette des Hôpitaux*, soit dans le *Concours médical*. Il les a revues et complétées, et l'ensemble est d'une lecture agréable et utile.

M. Latapie s'y montre partisan convaincu des découvertes microbiologiques contemporaines, et il insiste avec un zèle des plus méritoires sur la nécessité de faire passer dans la pratique les conclusions d'hygiène, de prophylaxie et de thérapeutique qui en découlent.

L'emploi de l'eau bouillante comme microbicide, si simple et si utile, a été, à juste titre, préconisé par notre confrère pour traiter les crachats des phthisiques, des diphthériques, les déjections des cholériques et des typhiques.

Son traitement de la phthisie s'inspire des préoccupations du jour. La base en est l'inhalation réglée et méthodique d'acide sulfureux, mélangé ou non d'acide carbonique à parties égales et additionné de myrtol, d'eucalyptol.

Bonne chance au petit livre de M. Latapie.

P. L. G.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St André, 3

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE.

LA SEMAINE MÉDICALE

Névroses réflexes d'origine nasale.

M. Calmettes (1) résume les faits acquis sur cette intéressante question. Il y a longtemps que Voltolini a fait connaître le rapport de certains asthmes avec des polypes du nez. Mais les travaux récents de Hack ont élargi singulièrement la question de l'influence qu'ont certains réflexes partis de la muqueuse nasale sur la production de troubles fonctionnels dans la sphère nasale elle-même ou dans des organes éloignés.

M. Calmettes cite comme exemple des névroses nasales sur place, les eternuements qui durent parfois des heures entières et s'accompagnent d'un écoulement nasal aqueux avec obstruction du nez et larmoiement. Ces catarrhes subits et passagers qui surviennent à l'occasion du plus léger refroidissement sont souvent liés à un coryza chronique hypertrophique. La destruction des parties hypertrophiées de la muqueuse par le galvano-cautère amène promptement la disparition des poussées de rhinite catarrhale.

Plusieurs médecins rattachent aux névroses à manifestation nasale la rhino-bronchite, dite fièvre des foins.

Puis viennent les névroses qui siègent sur une ou plusieurs branches du trijumeau, par exemple la névralgie sus-orbitaire ; et différentes céphalalgies, migraine, céphalalgie frontale, occipitale, etc ; les névroses vaso-motrices, rougeur du nez et des joues, simple, œdémateuse, érysipélateuse, fugace ou prolongée. E. Frankel et Schuh, ont observé le strabisme ; Hack et Lœwe, l'épilepsie et le vertige.

La toux est une manifestation ordinaire, elle est incessante ou nocturne, est provoquée par une sensation de chatouillement du larynx ; c'est ce que les malades désignent sous le nom de toux d'irritation. Comme manifestations des réflexes nerveux sur le pharynx et le larynx ; il faut citer la douleur en avalant, sans lésion; la gêne de la parole et la raucité de la voix par défaut de tension des cordes vocales.

Les réflexes d'origine nasale peuvent aussi s'étendre jusqu'aux bronches en revêtant la forme d'accès d'asthme. Le spasme bronchique accompagné de râles sibilants disséminés et revenant la nuit n'est pas, comme on l'a pensé d'abord, la conséquence exclusive des polypes volumineux capables d'obturer le nez.

Il est plutôt dû à l'excitation du tissu érectile de la muqueuse nasale par de petites végétations.

A signaler encore les réflexes sur le plexus cervico-brachial (névralgie de l'épaule, douleur dans la poitrine), et des réflexes cutanés (refroidissement, frissons, avec pâleur de la peau, ralentissement et même intermittences du côté du cœur.)

Il paraît que Kratschmer a obtenu expérimentalement par l'excitation des cornets le spasme des vaisseaux cutanés, l'augmentation de la tension artérielle et l'intermittence cardiaque.

Peut-être a-t-on exagéré un peu dans ces derniers temps les conséquences des réflexes d'origine nasale, mais en tout cas il ressort des découvertes des rhinologistes la nécessité de faire explorer soigneusement la cavité naso-pharyngienne lorsqu'on est en présence de troubles nerveux de cause obscure.

(1) *Progrès médical.*

Sur un nouveau procédé de recherche clinique des limites de l'estomac par l'auscultation plessimétrique.

M. Ruault nous fait connaître ce nouveau procédé dans la *Gazette hebdomadaire* :

« La détermination de la limite inférieure de l'estomac par la recherche du bruit de clapotage gastrique offre quelquefois de grandes difficultés chez les sujets nerveux, impressionnables, ou pour mieux dire chatouilleux, qui ne peuvent se prêter à cet examen sans contracter involontairement les muscles de la paroi abdominale. Dans ces cas, M. le professeur Ch. Bouchard emploie un procédé qui permet, dans la plupart des cas, de se rendre un compte exact des dimensions de l'estomac. Ce procédé n'est autre que l'auscultation plessimétrique, recommandée autrefois par Noël Guéneau de Mussy pour l'exploration de la poitrine. Voici comment notre éminent maître procède pour utiliser cet important moyen de diagnostic.

Le malade étant couché sur le dos, bien horizontalement et très près du bord gauche de son lit, les deux bras relevés et pliés derrière la tête, le médecin s'agenouillle à terre, du même côté, regardant vers le pied du lit, et applique l'oreille droite sur les fausses côtes gauches, au niveau de la région dite espace de Traube. Alors, de la main gauche, avec la pulpe des doigts médius et annulaire accolés, il *percute* directement à petits coups secs le tronc du sujet. En commençant à percuter près du bord gauche du sternum, et en continuant la même manœuvre suivant une ligne droite qui se dirige vers l'abdomen, on entend, dès qu'on est arrivé à l'estomac, un son tympanique aigu à timbre métallique, très caractéristique. Ce son est entendu avec les mêmes caractères tant qu'on percute l'estomac, et cesse brusquement lorsqu'on arrive à la limite inférieure de l'organe, pour faire place soit à un son sourd très manifestement différent, soit, lorsque l'intestin est un peu distendu par des gaz, à un tympanisme à tonalité beaucoup plus grave et sans timbre métallique. On marque, à l'aide d'un crayon dermographique, le point à partir duquel on a cessé d'entendre le son stomacal. On recommence la même manœuvre, toujours de haut en bas, d'abord en partant du sternum, et ainsi de suite de gauche à droite, en suivant toujours des lignes droites parallèles assez rapprochées. On arrive ainsi à dessiner très exactement la limite inférieure de l'organe exploré, depuis le grand cul-de-sac jusqu'à la région pylorique.

Dans les cas où les résultats semblent douteux, on recommence la manœuvre, après avoit fait humer au malade quelques petites gorgées d'eau, afin d'introduire à la fois dans son estomac un peu de liquide et un peu d'air. Cela suffit d'ordinaire pour accentuer la différence entre le son stomacal et le son intestinal, et la rendre nettement perceptible. On peut encore recommander au malade d'arrêter sa respiration au milieu de l'inspiration ou au milieu de l'expiration afin d'immobiliser son thorax et son abdomen pendant qu'on le percute. Cette percussion doit être toujours légère. Il est préférable que le malade n'ait pas d'aliments dans l'estomac au moment où on l'examine.

Cette méthode d'examen demande un peu d'habitude ; aussi est-il indispensable de s'y exercer pendant quelque temps avant d'espérer en tirer tout le parti possible. Lorsqu'on sait l'appliquer, elle constitue un précieux moyen de contrôle des autres procédés, souvent infidèles, de détermination clinique des dimensions de l'estomac. »

FEUILLETON

Aux toasts qui lui avaient été portés par MM. Landouzy, Charrin, Widal, au banquet dont nous parlions dans le précédent numéro, M. le professeur Bouchard a répondu par le discours suivant qu'il serait fâcheux de ne pas reproduire.

Discours prononcé par M. le professeur BOUCHARD.

Je vous remercie, Messieurs, vous tous qui vous êtes réunis pour fêter ma nomination, vous mes élèves, vous mes amis, vous en particulier, amis inconnus dont j'ai serré la main sympathique et dont je n'aurais peut-être pas su dire le nom ; et vous, amis venus de si loin, qui pourrez dire aux absents que leurs regrets m'ont touché autant que votre présence me réjouit.

Je remercie mes collègues des hôpitaux, de l'Académie de médecine, de la Faculté, qui ont bien voulu se joindre à mes amis.

Je remercie surtout ceux de mes maîtres qui m'ont fait l'honneur de rehausser encore par leur présence l'éclat de cette fête.

J'adresse l'expression de ma vive gratitude aux organisateurs de ce banquet ; à Landouzy, à Charrin, à Roger, à Widal ; je leur dois cette joie et cette fierté de recevoir, en présence de mon père, tant de témoignages de sympathie et d'estime, et cet orgueil de voir assis à mes côtés deux hommes dont il suffit de prononcer le nom connu et acclamé partout pour qu'il ne soit plus besoin de relever les outrages, d'où ils viennent, qui peuvent être adressés à la médecine française.

En m'accueillant dans son sein, l'Académie des sciences m'a accordé le plus grand honneur que puisse ambitionner un homme de science. Je ressens profondément cet honneur qui se double d'une crainte quand je pense à mon illustre prédécesseur. Quand MM. Marey, Charcot, Brown-Séquard m'ont proposé aux suffrages de leurs confrères, ils savaient que je n'avais ni l'ingéniosité, ni la vivacité d'esprit, ni la puissance inventive de P. Bert. Aussi l'Académie en lui donnant un successeur n'a pas pensé le remplacer. J'ai été nommé comme médecin, comme un médecin soucieux de maintenir la médecine dans ses voies naturelles, celles de l'observation éclairée par l'expérimentation. Plusieurs autres pouvaient aussi bien que moi représenter à l'Institut la médecine moderne avec ses méthodes, sa discipline et ses tendances. Dans ce qui a déterminé le succès, je ne discerne bien que l'indulgence des uns et la bienveillance des autres ; j'y reconnais surtout l'action ferme et persévérante d'une bonté que j'ai appris à connaître dès ma seconde année d'internat et qui ne m'a jamais fait défaut, et l'ardeur toute juvénile, la chaude sympathie d'un autre maître que la France a réussi à s'attacher et

Considérations sur la syphilis contractée pendant la grossesse.

Notre distingué confrère, M. Grellety, a examiné avec sagacité différents problèmes de diagnostic, de pronostic et de thérapeutique que cette question soulève (1).

Il y a profit à le suivre sur ce terrain.

« Un époux apporte le syphilis au domicile conjugal ; sa femme est enceinte ; il lui communique son mal. — Qu'adviendra-t-il consécutivement ? — La mère sera-t-elle exposée à de graves dangers ? — Le fœtus sera-t-il atteint ? — S'il arrive au monde, indemne en apparence, ou présentant des signes positifs de contamination, comment devra-t-on l'allaiter ? etc., etc...

La syphilis contractée par une femme, *dans le cours de sa grossesse*, n'entraîne pas fatalement une tare originelle pour le fœtus. — On a vu des pères parfaitement syphilitiques procréer des enfants indemnes. Il est plus rationnel d'admettre que le premier acte de la transmission se passe du père à la mère. Cette dernière deviendrait ainsi le facteur principal de l'imprégnation de l'enfant.

D'après la thèse de M. Mercier (1886, *Puerpéralité et syphilis)*, la syphilis transmise par le père seul malade est plus rare que lorsque la mère est seule contaminée. Même dans ce dernier cas, qui est le plus favorable à la transmission, il est arrivé que la mère, ayant encore des accidents secondaires, l'enfant soit resté indemne de syphilis. La règle, pour le cas où la syphilis est récente, est au contraire la transmission.

L'avortement peut succéder à l'infection de la mère ; mais cet accident est moins fréquent que dans la syphilis conceptionnelle proprement dite.

Si l'enfant vient au monde manifestement atteint de syphilis, sa mère peut et doit le nourrir, sans qu'il y ait d'inconvénients ni pour l'un ni pour l'autre ; au contraire, cela permet de traiter directement et indirectement le nouveau-né. On lui donne 20 gouttes de liqueur de Van Swieten, dans un verre de lait, en 4 ou 5 fois dans la journée. A son tour, la mère absorbe quotidiennement une cuillerée de la même liqueur, dans un litre de lait. — Le sein est donné alternativement, en même temps que le lait médicamenteux, dont les effets sont faciles à constater.

Si, au contraire, le rejeton ne présente rien d'anormal, il est prudent d'avoir recours au biberon, en ayant soin de le surveiller, de pratiquer des pesées fréquentes, de manière à être sûr que son poids se développe d'une façon normale. — Si la mère le nourrissait, il y aurait danger pour lui ; si on le confiait à une nourrice mercenaire, il pourrait la contaminer ultérieurement.

Ici, comme dans la syphilis héréditaire, les accidents transmissibles peuvent n'apparaître que tardivement. — Six semaines, deux mois et plus après la naissance.

Ce fait doit singulièrement rendre circonspect dans le choix d'un sujet vaccinifère.

Comment se comporte la syphilis pendant la période de gestation ?

La germination de l'élément syphilitique dans les voies lymphatiques représente la première phase de l'intoxication spécifique.

L'infection sanguine constitue la seconde phase ; elle coïncide avec l'altération de la santé, se traduisant par des variations thermométriques, du malaise, des manifestations viscérales, etc...

(1) Mâcon, Protat frères, 1887.

---

qui, il y a longtemps déjà, pendant mon concours d'agrégation, était venu spontanément mettre au service de mon inexpérience les trésors de sa vaste expérience. Je m'honore aussi de l'appui de deux illustres physiologistes unis dans leur jeunesse par la communauté de leurs travaux.

Voilà, mon cher Landouzy, la théorie toute simple de mon élection. Vous avez voulu la fouiller suivant la méthode qui nous est chère ; vous en avez esquissé la pathogénie. Vous avez dit la série « des pourquoi » de ma nomination. Si vous avez été l'interprète autorisé de cette jeunesse médicale qui va grandissant de l'internat à l'agrégation, si vos collègues et vos élèves ont ce sentiment que je suis pour une part dans la façon suivant laquelle ils comprennent les choses de la médecine, alors je le reconnais : ce consentement de l'opinion a dû être pour moi d'un grand secours. Mais d'où me vient cet appui dont j'aurais lieu de me glorifier ? à quoi pourrais-je l'attribuer ? à ma méthode ? à ma doctrine ? ou à mes travaux ?

La méthode, mais elle n'est pas à moi. Telle que je la caractérisais il y a un instant, elle m'a été inculquée il y a 23 ans, quand tout mon orgueil était de dire : je suis de l'École de la Salpêtrière. C'est là aussi que j'ai appris qu'il faut se faire une doctrine. C'est là que j'ai assisté aux rapides conquêtes de l'anatomie pathologique et à son couronnement. Et après ! il faut bien vivifier les notions mortes de l'examen cadavérique. C'est pour cela que je me suis évadé, comme l'a fait aussi M. Charcot, comme le fait Cornil. Deux idées doctrinales m'ont séduit et entraîné : l'idée vitaliste des troubles de la nutrition antérieurs à la lésion, et en second lieu l'infection.

Vous savez quel fut sur ce point mon initiateur.

J'ai connu les années où la pathologie générale n'était pas en honneur. J'ai la joie d'assister à sa glorification. Vous venez de faire cet enseignement en même temps que votre collègue Troisier et les élèves ont prouvé par leur assiduité que ce n'était pas trop d'une leçon quotidienne de pathologie générale.

C'est donc parce qu'une doctrine est née, parce que M. Pasteur nous a donné la plus grosse part de cette doctrine, que la jeunesse médicale s'est montrée favorable à mon enseignement et que vous me faites, mon cher Landouzy, ce grand honneur de vous dire mon élève, vous qui, plus d'une fois, avez été mon collaborateur.

Quant à mes travaux dont vous avez fait l'éloge prématuré, le temps les jugera. De ce qu'il respectera, je rapporte la meilleure part à ceux qui ont été mes éducateurs, à mes maîtres de l'école de Lyon, à Bonnet, à Teissier, à Rollet, à Diday, qui m'ont appris à observer et à penser, à toute cette phalange d'hommes éminents qui trouvent dans la Faculté nouvelle de dignes continuateurs. Je me

La roséole apparaît dès que le sang est devenu syphilitique; il est alors démontré que l'infection est complète, ce qui est très important, à cause de l'accident primitif et des hésitations de diagnostic qui en sont la conséquence, chez nombre de femmes.

Il est en effet très difficile, parfois, de diagnostiquer au début un chancre syphilitique d'un chancre non infectant. Avec l'idée du chancre mixte de M. Rollet, surtout, on est obligé d'attendre quelquefois plusieurs mois avant de se prononcer d'une façon absolue.

L'induration typique du chancre syphilitique existe dans son atmosphère, dans son voisinage, et non sur le plateau de la lésion initiale. Ce dernier présente souvent une certaine résistance à la main, une sorte d'empâtement qui ne se distingue de l'induration, que parce qu'il est plus restreint. On a conseillé d'examiner au microscope, après raclage, les produits pathologiques du chancre; la présence de fibres élastiques, enroulées, enchevêtrées, permettent d'affirmer la nature vénérienne de l'accident, mais, malgré cette donnée nouvelle, l'embarras est parfois extrême, même pour les plus expérimentés.

La porte d'entrée de la syphilis est beaucoup plus souvent extra-génitale qu'on ne l'a cru autrefois; il faut penser au chancre des lèvres, à celui des mamelles : quand une femme qui ne nourrit pas et ne présente ni parasites, ni dermopathie sur le reste du corps, possède une lésion à la pointe d'un seul sein, il faut tout de suite penser à la syphilis.........

Sous l'influence de la grossesse, la syphilis intercurrente peut prendre un développement fort exagéré; on a vu les plaques syphilitiques devenir géantes; l'hypertrophie papillaire est telle quelquefois qu'elle donne aux tissus un aspect velvétique.

Bien entendu, il ne faut pas confondre des éléments plats, à coloration révélatrice, avec les condylomes acuminés ou choux-fleurs non vénériens, très végétants, qu'on observe à la vulve chez quelques femmes, vers le cinquième ou le sixième mois de la grossesse, car ils disparaissent après l'accouchement et n'ont aucune influence fâcheuse pour l'avenir.

Chez la femme grosse, ce qu'il faut redouter avant tout, puisqu'elle est obligée de vivre pour deux, c'est une sorte de cachexie d'emblée, de chloro-anémie suraiguë, avec dépression cérébrale et amoindrissement général, qui offrent une réelle gravité.

Cet état de choses, qui peut se produire dans les six premiers mois, existe en dehors de toute localisation dans les centres nerveux et il importe de relever tout d'abord la malade par les reconstituants, les analeptiques, les inhalations d'oxygène (30 litres par jour en trois fois), avant de songer au traitement hydrargyrique.

Le foie, la rate et la région péri-splénique sont souvent tuméfiés à la fin de la journée, ou même d'une façon permanente. — Ce développement, on le conçoit, peut gêner l'utérus et par contre-coup le fœtus.

L'apparition de la jaunisse, qui s'observe plus spécialement dans la troisième période de la syphilis, doit être considérée comme de mauvais augure. Il faut se hâter de donner du lait coupé avec de l'eau de Vichy et y joindre une cuillerée par jour de liqueur de Van Swieten, laquelle ainsi mélangée est suffisamment tolérée.

Au point de vue du pronostic, quelques médecins pensent, quoique ce soit discuté, que la syphilis contractée par l'intermédiaire d'une plaque muqueuse est plus bénigne que celle acquise au contact d'un

---

réclamerai toujours de cette université lyonnaise que des liens étroits rattachent à celle de Paris. Nous lui avions prêté Guignard, elle vient de nous le rendre ; nous lui avons pris Chauveau, mais nous lui avions donné Lépine, Renaut, Pierret.

A Paris, mes maîtres se nomment Lasègue qui fut mon initiateur en pathologie générale, et qui, lorsque j'ambitionnai la chaire que j'occupe, fut l'un de mes plus fermes soutiens ; ils se nomment Robin, Béhier, Velpeau, tous morts. Deux qui survivent assistent à ce banquet.

M. Pasteur, vous êtes l'un de ces maîtres. Vous n'avez pas parlé pour moi, vous n'avez pas guidé mon inexpérience ; mais vous avez jeté votre grain aux quatre coins de l'horizon. J'ai recueilli un peu de ce grain, je l'ai fait germer et multiplier, et je l'ai libéralement distribué, en votre nom, à ceux qui avaient faim de vérité.

Et vous, M. Charcot, vous avez été aussi le maître que j'ai choisi. Vous avez été plus que mon maître ; vous m'avez communiqué la puissante discipline de votre esprit, vous êtes mon père intellectuel.

Mon cher Charrin, vous avez joint aux amicales paroles de Landouzy vos félicitations au nom de mon laboratoire. Je vous remercie de tout cœur. Mais n'avez-vous pas été quelque peu injuste pour ce laboratoire? Vous n'avez rien dit de la septicémie qui porte votre nom ni de la maladie pyocyanique, ces deux bijoux. Vous auriez pu au moins parler de la nature parasitaire de la morve : là vous aviez des collaborateurs, Capitan entre autres, dont vous avez été le digne successeur et qui est le véritable fondateur de ce laboratoire. C'eût été une transition pour nous parler des beaux travaux sur le foie de Roger qui sera aussi votre digne successeur.

Vous, mon cher Widal, vous représentez la jeunesse devant moi qui suis vieux. Landouzy a prononcé tout à l'heure le fameux « jeune encore ». Croyez-moi, quand on est de l'Institut, on est vieux. On sent que l'on pénètre dans les régions sereines où les passions s'apaisent, où l'on ne désire plus rien, où l'on n'a plus rien à craindre et rien à espérer, où l'on devient juste et impartial. Je vous le dis ; quand un homme ne désire plus rien et quand il est impartial, cet homme est vieux. Mais j'ai le bonheur de voir chaque matin revivre en vous ma jeunesse passée : car j'ai été jeune comme vous, interne comme vous et même deux fois plus que vous, ayant été interne à Lyon avant de l'être à Paris. On dit que ma jeunesse n'a pas été lugubre. J'ai été ardent comme vous et, comme vous, injuste et irrévérencieux. J'ai eu et vous avez sans doute sur la conscience des propos malsonnants à l'adresse des Immortels. Je ne vous le reprocherai pas. J'aime la jeunesse avec ses intempérances comme avec ses qualités ; et pour lui prouver mon affection je ne puis rien lui donner de mieux que ce que demandait Landouzy : Exemple, appui, conseils, justice.

chancre. Il y a de grandes chances pour qu'elle soit sans gravité, lorsque l'inoculation est courte et que le chancre apparaît dans la quinzaine qui suit les rapports. S'il est petit, bénin, douteux, sans adénopathie intense, le pronostic est peu alarmant. Cela ne prouve pas que le virus soit affaibli ou différent, mais bien que le terrain est peu propice à sa germination.

Au contraire, un chancre très accusé, avec phagédénisme et pléiade ganglionnaire forte, doit faire redouter l'avenir.

Il faut être pessimiste avec une femme offrant des manifestations scrofulo-tuberculeuses et avoir recours à tous les toniques capables d'accroître sa vitalité. L'intoxication alcoolique, l'athérome, etc., ne sont pas favorables.

On peut avoir, sous l'influence de la syphilis, une néphrite avec anasarque, donnant lieu aux accidents habituels de la néphrite; mais avec cette différence énorme qu'elle est curable et que l'iodure de potassium ou de sodium est toléré. Cette albuminurie qui guérit par le traitement antisyphilitique ne laisse pas de trace. En revanche, une femme albuminurique qui contracte la syphilis, doit s'attendre à ce qu'elle soit sérieuse, avec tendance aux lésions ulcéreuses, aux poussées subintrantes et aux accidents tertiaires précoces.

La question du traitement est importante, puisque, à partir du septième mois de la grossesse, il peut y avoir des dangers à donner des doses élevées de mercure. Il faut cependant agir, dans l'intérêt du fœtus, mais à dose très modérée, par exemple cinq grammes par jour de liqueur de Van Swieten dans le lait bouilli.

Les injections sous-cutanées de peptonates mercuriques, qui produisent une sensation permanente de malaise, d'agacement, s'exagérant à la pression, sont contre-indiquées, aussi bien que les injections de calomel et d'oxyde jaune de mercure incorporées dans de la vaseline, qui peuvent engendrer des nodosités et même des abcès.

Que ce soit la liqueur de Van Swieten qui soit donnée, ou des pilules de proto-iodure de mercure, il faut éviter la stomatite, qui dénote une facilité exceptionnelle d'émonction du mercure par la muqueuse gingivale et buccale, en touchant trois ou quatre fois par jour les gencives avec le doigt mouillé et chargé d'une poudre porphyrisée, faite avec du chlorate de potasse, du charbon de peuplier et du quinquina, à parties égales.

En dehors de ces soins hygiéniques, on provoque en même temps une légère dérivation du côté de l'intestin, de la peau et des reins, avec des laxatifs, des bains sulfureux et des diurétiques.

Les plaques muqueuses condylomateuses qui se développent autour du vagin, de l'anus, et dans le haut des cuisses, sous forme d'intertrigo, relèvent avant tout de la médication externe. On n'obtiendrait à peu près rien par le traitement général, si on n'agissait pas localement par des savonnages, des bains et des cautérisations avec les crayons combinés de nitrate d'argent et de zinc. »

REVUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES

Nature et traitement local de la blennorrhagie

La nature essentiellement contagieuse de la blennorrhagie devait appeler sur cette maladie l'attention des premiers observateurs qui s'occupèrent de rechercher les parasites morbigènes des maladies infectieuses. Personne n'ignore aujourd'hui le nom, ni le rôle du gonococcus de Neisser qui serait l'élément nécessaire et suffisant à la production de la blennorrhagie. Neisser, assistant à la clinique de Breslau, n'a pas, il est vrai, découvert à proprement parler ce microbe ; M. le professeur Bouchard avait, un an avant lui, observé des microcoques particuliers dans le pus de la blennorrhagie ; mais il manquait alors des procédés de coloration dont fit usage Neisser, et on peut considérer cet auteur comme ayant le premier bien décrit et nettement isolé cet organisme qui constitue une espèce à part.

Néanmoins ce microbe ne devait pas être accepté d'emblée par tout le monde et des opinions contradictoires furent bientôt émises. Dans un mémoire paru dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, Eklund met en doute la spécificité du microbe de Neisser et prétend qu'on le trouve dans les ulcérations des poumons et de l'intestin, dans les stomatites ulcéreuses, etc... Ce serait un parasite particulier, *l'Ediophyton dictyodes*, qu'on rencontrerait un peu partout, surtout dans les diarrhées estivales ; aussi l'auteur voit-il là une nouvelle cause de la blennorrhagie et il croit que si, au moment des évacuations alvines, la vulve et le périnée sont contaminées par les matières fécales, les microbes peuvent ainsi remonter le long de la muqueuse vaginale et déterminer une blennorrhagie. Voilà une étrange étiologie qui est de nature à rassurer bien des consciences !

Plus sérieuses sont les critiques de Aubert (de Lyon), qui, tout en admettant la théorie parasitaire de la blennorrhagie, reconnaît trois formes principales ayant chacune un microbe particulier. De même, de Amicis a, il est vrai, retrouvé le gonococcus dans les écoulements blennorrhagiques, mais aussi dans toutes les suppurations uréthrales. D'autres auteurs apportent encore des arguments contre la théorie. Malgré ces contradictions, le nombre des observateurs qui ont démontré la spécificité du nouveau parasite est assez considérable pour en imposer ; d'autre part, les recherches récentes de M. de Pezzer (1) et de M. Crivelli (2) ne laissent aucun doute à ce sujet. Ce dernier auteur a toujours retrouvé le gonococcus en recueillant le pus au moyen d'une pipette introduite assez profondément dans l'urèthre. Le pus, séché sur des lamelles de verre, est coloré avec une solution de violet de gentiane ou avec une solution saturée d'aniline. Examinés

(1) De Pezzer. — Le Microbe de la Blennorrhagie, in *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1885.

(2) Crivelli. — *Nature et traitement de la blennorrhagie* (Th. Paris, 1886).

avec un objectif à immersion, les micro-organismes apparaissent avec des contours très nets, ordinairement groupés par deux, formant ainsi une sorte de 8 de chiffre, ou par quatre, ou en nombre beaucoup plus grand. On les trouve dans les cellules épithéliales, dans les globules de pus et aussi à l'état libre.

Il n'y a pas là que d'intéressantes recherches de laboratoire ; la découverte du gonococcus dans les diverses affections qui relèvent de la blennorrhagie jette une vive lumière sur leur pathogénie : c'est ainsi qu'on a retrouvé l'élément morbigène dans les liquides des arthrites blennorrhagiques, dans les conjonctivites, dans le pus de certaines pelvi-péritonites, de salpingites, etc., enfin et surtout sur le col utérin et dans les culs-de-sac du vagin.

Dans les cas chroniques, cette recherche est précieuse pour le diagnostic ; car, malgré quelques examens contradictoires, il semble prouvé que l'élément contagieux existe dans les suppurations les plus anciennes ; on le retrouverait sans nul doute dans les cas d'uréthrites latentes dans lesquelles quelques culs-de-sac glandulaires restent seuls envahis, et où le pus, trop peu abondant pour constituer un écoulement apparent, ne se retrouve que lorsqu'on examine au microscope les sédiments de l'urine. Ainsi sont expliquées ces contagions bizarres, à longue échéance, alors que la maladie pouvait passer pour guérie aux yeux des personnes les plus scrupuleuses.

Ces études devaient conclure à envisager le traitement d'une façon nouvelle et à diriger les agents thérapeutiques contre le microbe. Cependant, dans la liste des substances employées dans ce but nous en voyons très peu de réellement nouvelles. C'est que beaucoup de praticiens ont fait de tout temps de l'antisepsie sans le savoir, et partant d'une théorie différente, ou se fiant tout simplement à l'expérience, ils ont obtenu des succès qu'on attribue aujourd'hui à une action antiparasitaire. M. Crivelli a fait dans sa thèse un résumé qui occupe à lui seul de longues pages, non pas de toutes les médications, mais de celles qui ont donné des succès en nombre notable. Tels sont le chloral, le bromure de potassium, l'eucalyptus, les acides borique, phénique, salicylique, picrique, etc., le chlorhydrate de quinine, la teinture d'iode, l'iodoforme, l'eau oxygénée, l'antipyrine, le jus de citron, la décoction de tabac, etc., etc., sans compter les irrigations d'eau froide ou d'eau chaude préconisées et délaissées tour à tour. Toutes ces substances paraissent peu efficaces à M. Crivelli qui place au premier rang le permanganate de potasse, le sulfate de quinine et surtout le sublimé. Nous laissons de côté la résorcine qu'il a employée longtemps sans lui reconnaître des avantages bien marqués.

Le traitement antiseptique doit être institué dès le début de la blennorrhagie ; il ne s'agit ici que du traitement local, les prescriptions relatives au traitement général restant les mêmes dans tous les cas. Depuis les travaux de M. Guyon et de M. Jamin, il est bien établi que la partie antérieure de l'urèthre, celle qui s'arrête au sphincter de la région membraneuse est pendant longtemps la seule envahie et qu'il est exceptionnel de voir la blennorrhagie gagner la prostate. Dans ces conditions, les moyens les plus simples peuvent atteindre le mal et à ce titre, les injections constituent le mode opératoire le plus efficace. Si la blennorrhagie, sans dépasser la portion membraneuse, se cantonne dans le cul-de-sac du bulbe, les injections sont alors insuffisantes. En effet, on ne saurait régler exactement la quantité de liquide qui convient à chaque urèthre ; et pourtant cette mensuration serait indispensable. Si le liquide est trop peu abondant, il ne pénètre pas jusqu'au point malade; si, au contraire, il est injecté en excès, la barrière membraneuse sera forcée. On sait que c'est là une des principales causes de l'extension de la blennorrhagie à l'urèthre profond, parce que le pus est chassé en arrière et vient inoculer des parties saines jusque-là, ou bien parce qu'on exerce un traumatisme qui prédispose les parties profondes à l'inflammation.

Deux procédés donneront accès aux médicaments jusqu'au cul-de-sac du bulbe : les instillations et les lavages du canal. Les premières sont connues de nos lecteurs ; une petite bougie à renflement terminal, traversée par un mince canal est fixée à une seringue de Pravaz de grandes dimensions, dite seringue de Guyon. La boule est conduite à coup sûr dans la région bulbaire et on peut instiller au point malade le nombre de gouttes jugé nécessaire. Les lavages de l'urèthre se pratiquent à peu près de la même manière; la boule, d'un volume plus petit, est conduite dans le cul-de-sac du bulbe; mais, au lieu de ne faire passer que quelques gouttes en les faisant séjourner au point malade, on fait circuler un courant liquide qui balaye tout l'urèthre d'arrière en avant en refluant par le méat.

Lorsque la blennorrhagie a envahi la prostate, il n'y a plus qu'un moyen d'agir localement sur les points enflammés, ce sont les instillations ; j'ai dit pourquoi les injections ne sont pas possibles ; quant aux lavages, ils reflueraient non plus vers le méat, mais dans la vessie.

Les faits sont aujourd'hui assez nombreux pour permettre de dire que le traitement local dès le début raccourcit sensiblement la première période de la blennorrhagie. La méthode dite émolliente, celle qui consiste à administrer des bains, des boissons délayantes, etc., a certes à son actif de nombreux succès ; mais quelle longue, quelle interminable durée n'a-t-elle pas atteint dans certains cas ! Chez plusieurs sujets prédisposés peut-être, elle a permis à des complications de se produire; un grand nombre de malades n'avaient pas la patience de se soumettre à un régime alimentaire et hygiénique aussi prolongé.

Les dangers inhérents au traitement local du début ont été beaucoup exagérés ; un seul est réel, c'est celui de repousser le virus dans la région prostatique au moyen d'une injection ; mais en recommandant au malade de n'employer qu'une faible quantité de liquide, poussé lentement, et mieux encore en faisant faire les injections à canal ouvert, on évitera ces inconvénients. Quant aux lavages et aux instillations, il faudra interdire aux malades

de les faire eux-mêmes; ils exigent la main d'un praticien.

Une fois le procédé admis, quels topiques emploiera-t-on ? Je ne reviendrai pas sur la longue liste des substances employées. Le sulfate de quinine, très vanté par M. Crivelli, ne m'a pas donné une série heureuse ; le permanganate viendrait avant lui comme efficacité ; mais les préparations mercurielles m'ont semblé supérieures à toutes les autres. Le sublimé, au titre de 1/10,000e sera très utilement employé en lavages ; nous mettrons sur un rang égal, sinon plus élevé, le biiodure de mercure à 1/10,000e. Les lavages ainsi pratiqués ne donnent lieu qu'à une cuisson des plus légères, quelquefois nulle et amènent en général une diminution de l'écoulement au bout de 24 heures dans les cas les plus heureux, ordinairement entre 4 et 8 jours. — Très efficaces également sont les préparations d'iodoforme ; celui-ci se dissout mal dans la plupart des liquides qui peuvent être portés dans l'urèthre, aussi est-ce en suspension dans une solution gommeuse ou dans de l'huile que nous l'avons employé. La verge étant tenue verticale, l'injection iodoformée est poussée lentement ; puis les lèvres du méat, après avoir été maintenues rapprochées pendant 2 minutes environ, sont écartées ; le liquide s'échappe, mais une certaine quantité d'iodoforme reste déposée sur les parois du canal.

Les médications applicables aux cas aigus sont, on le voit, multiples ; le plus souvent on arrive à tarir l'écoulement ; si ce résultat n'est pas obtenu, et si, après avoir diminué quelque peu, la sécrétion purulente continue avec une égale abondance, les lavages et injections doivent être considérées comme inutiles ; on abandonnera les solutions plus ou moins étendues introduites dans l'urèthre, mais on dirigera sur les points malades seulement, quelque gouttes d'un liquide modificateur assez concentré, c'est dire qu'on s'adressera aux instillations, et le liquide employé sera presque toujours le nitrate d'argent.

Je termine ici ce court exposé, sans parler des uréthrites chroniques souvent très facilement guéries par les instillations, exigeant parfois une médication très délicate et très complexe. En résumé, on voit que la thérapeutique locale de l'urèthre pendant toutes les périodes de la blennorrhagie a repris, dans ces derniers temps, une importance capitale et que les contre-indications à son emploi dès le début sont rares : il est toutefois une condition essentielle, c'est de ne pas abandonner au malade la direction du traitement, et de le modifier pendant les diverses phases et surtout suivant les complications qui pourraient se produire.

Traitement de l'orchite blennorrhagique par la compression ouatée.

Je ne dirai que quelques mots d'un procédé de traitement de l'épididymite blennorrhagique récemment remis en honneur par M. Boulle (1) : il s'agit de la compression. Le procédé n'est pas nouveau, puisqu'on en trouve les indications dans Velpeau ; la compression exercée autrefois par des bandes de Vigo, de sparadrap ou de diachylon était inégale et difficilement supportée. Bonnafont et Dechange essayèrent du collodion élastique, mais l'irritation cutanée, l'érythème, qui en sont la conséquence presque obligée, l'ont fait abandonner. Langlebert donna les indications de la compression ouatée et de la manière de la pratiquer, au moyen d'un appareil un peu compliqué que M. Boulle simplifie ; en voici la description :

L'appareil se compose d'une grande compresse de 40 centimètres de long. sur 25 à 30 de larg. ; de deux bandes de 1m50 à 2 mètres ; de 2 bandes plus petites destinées à servir de sous-cuisses. Chacune des bandes est cousue à plat, par son milieu, le long des petits bords de la compresse ; ces bandes doivent servir de ceintures. Au milieu et en haut de la compresse, on pratique dans le sens longitudinal et sans intéresser le bord, une fente de 15 centimètres de longueur environ ; à la partie inférieure de cette fente on fixe les sous-cuisses. On a ainsi une sorte de tablier ayant deux ceintures, une supérieure et une inférieure et on l'applique de la façon normale.

Après avoir fait passer bourses et verge à travers l'ouverture dont les bords sont garnis d'ouate pour éviter tout frottement pénible, on fixe la ceinture supérieure par un double circulaire ; les sous-cuisses sont alors attachés à cette ceinture de la même façon que ceux d'un suspensoir ordinaire ; les bourses et la verge se trouvent ainsi placées au devant du tablier et peuvent s'échapper par la fente.

On entoure alors tout le scrotum d'une épaisse couche d'ouate qu'on peut couvrir d'un taffetas gommé ; on relève par devant l'extrémité inférieure de la compresse, sans craindre de ramener fortement les bourses vers l'abdomen et on la fixe à la ceinture, comme précédemment, au moyen de la bande qui y est cousue. Enfin, on rapproche latéralement les bords de la compresse l'un de l'autre et on les réunit soit au moyen de cordons fixés d'avance, soit plus simplement à l'aide de quelques épingles. On termine en dégageant la verge qui y est emprisonnée avec les bourses ; il suffit, pour cela, de donner à son niveau un coup de ciseaux à la compresse.

Cet appareil est assez facile à appliquer quand on a bien surveillé l'exécution des pièces nécessaires ; mais quelques détails échappent facilement à la mémoire ; j'ai obtenu, dans un certain nombre de cas, des résultats tout aussi bons en exerçant une compression sur les bourses à l'aide d'un spica double fait avec une large bande de mousseline mouillée, imitant en cela le procédé que MM. Horteloup et Wickham ont conseillé d'employer après la ponction de l'hydrocèle suivie d'injection iodée. On entoure les bourses d'une couche d'ouate épaisse qu'on fait remonter des deux côtés de la verge ; on recouvre le tout d'une pièce oblongue de mousseline fendue au milieu d'un de ses petits côtés pour laisser passer la verge, puis on applique le spica ; pour faciliter la compression, on fait quelques renversés qui, partant de la partie antérieure de la ceinture passent de chaque côté de la verge et sont dirigés au-dessous des cuisses ; l'appa-

(1) Boulle. — *De la compression ouatée dans le traitement de l'orchite blennorrhagique.* Paris, 1886.

reil, en séchant, acquiert une grande solidité.

Quel que soit le mode de compression, il n'est pas douteux que les avantages sont considérables ; le soulagement est très rapide et dès le 2e ou le 3e jour, quelquefois plus tôt, les malades peuvent se lever et se livrer en général à leurs travaux. La durée du traitement est abrégée et ne dépasse pas une huitaine de jours. Au bout de ce temps, il reste encore souvent une tuméfaction épididymaire, mais moins considérable qu'après les autres modes de traitement et surtout indolente. Enfin, ce que la compression empêche absolument, c'est la production d'un épanchement dans la tunique vaginale, que nous n'avons vu se produire dans aucun cas.

Je signalerai enfin, contre l'orchite blennorrhagique, l'emploi du salicylate de soude, préconisé par M. Chauffard et M. Du Castel, et qui a surtout une action contre l'élément douleur. Dans certains cas, on pourra l'employer tout en installant un appareil compressif sur les bourses. Dernièrement, en face d'une épididymite avec épanchement abondant, tellement douloureux qu'elle arrachait des cris au malade, j'ai pu, par l'union de ces moyens, faire cesser tout phénomène douloureux au bout de quelques heures.

Dr E. Desnos.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 juillet.

Election de M. Laborde comme membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie.

La discussion sur la rage semble devoir être terminée désormais. M. Peter a donné un dernier assaut contre M. Pasteur sans produire aucun argument nouveau et en résumant ses précédents réquisitoires. Mais il a rencontré cette fois plusieurs adversaires d'une telle autorité que l'opinion publique ne peut plus désormais hésiter entre lui et eux.

C'est d'abord M. Brouardel qui a réfuté point pour point toutes les accusations de M. Peter ; puis M. Villemin a rappelé les conclusions favorables de la commission française officielle nommée dès la première communication de M. Pasteur.

Enfin M. Charcot, qui jusqu'ici s'était tenu à l'écart du débat, est venu, dit-il, remplir la tâche que la mort seule a pu empêcher Vulpian d'accomplir : celle de réfuter une fois de plus les accusations dirigées contre M. Pasteur. Le défaut d'espace nous empêche de reproduire dans ce numéro les discours des éminents défenseurs de Pasteur.

Enfin, M. Mesnet a communiqué l'observation d'une femme accouchée pendant le sommeil hypnotique.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 juillet 1887.

Election de M. le professeur Lépine (de Lyon) comme membre correspondant dans la section de médecine et de chirurgie.

Communications. — M. G. Sée : L'antipyrine en injections sous-cutanées comparée et substituée à la morphine.

M. E. Hache. Sur la structure et la signification morphologique du corps vitré.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La grève médicale.

Meaux, 27 juin 1887.

Cher Directeur,

A tout bien considérer, voulons-nous toujours rester des naïfs ? Je viens prêcher sur certains points la « Grève médicale ou, du moins, médico-légale ».

Puisqu'à tout instant nous sommes incriminés :
Pour violer le secret médical ;
Pour le garder ;
Pour les internements d'aliénés ;

Puisque des hommes comme Motet, Charcot, etc., passent sous le crible de folliculaires ou de députés, aptes à tout !! et avec quelle réussite !

Puisqu'enfin l'un des nôtres, le Dr B., vient d'être condamné, par suite d'un internement, reconnu consciencieusement utile, à 15,000 fr. d'amende, eh bien ! à l'avenir, quand on me demandera de juger l'état sanitaire d'une personne quelconque, je prierai sa famille de le faire juger par une commission de Députés, surtout, les non-médecins.

Veuillez agréer, etc.

Dr Oziecki.

R. — « Nous préférerions vous voir vous placer sur un terrain pratique. Votre grève personnelle sera sans effet, si vous n'agissez de concert avec les médecins de votre arrondissement. Obtiendrez-vous leur adhésion et leur persistance dans la ligne de conduite à suivre ? »

Certificat constatant l'impéritie d'un confrère

Par le Dr Siry (1).

« Un médecin doit-il accéder à la demande qui lui est faite de délivrer un certificat constatant l'impéritie ou la prétendue impéritie d'un de ses confrères ?

Je n'ai vu cette question traitée nulle part et un docteur en médecine qui débute comme praticien peut se trouver embarrassé. Il est donc utile que vous preniez une décision à ce sujet.

Ces sollicitations ne sont pas absolument rares ; elles ont pour auteurs soit des personnes en quête de moyens pour ne pas solder les honoraires dont elles sont redevables, soit des familles sincères et convaincues d'avoir éprouvé un préjudice par la faute du médecin auquel elles s'étaient confiées.

Supposons le certificat délivré et envisageons les conséquences de cet acte.

Qui dit que la légèreté et l'ignorance, puisqu'on les suppose chez l'un de nous, au lieu de se trouver chez le médecin incriminé, ne seront pas du côté du signataire du certificat? Celui-ci tantôt aura trop aisément cru les propos de gens incompétents ou de mauvaise foi, tantôt aura jugé entaché d'erreur un diagnostic très exact.

Les circonstances les plus fréquentes seront celles où l'erreur commise par le premier médecin est évidente, l'appréciation sévère du second équitable en apparence, sans qu'en réalité aucune faute lourde ait eu lieu.

Il est, la plupart du temps, très difficile de juger, lorsqu'on n'en a pas été le témoin sagace et impar-

(1) Note communiquée à la Société de l'Elysée, séance du 7 mars 1887.

tial, si une erreur de pratique n'a pas été la conséquence des conditions dans lesquelles s'est trouvé un médecin, conditions qui, à un moment donné, rendaient l'erreur plus ou moins fatale : tel est l'acte de provoquer un avortement en introduisant un hystéromètre dans un utérus gravide, erreur que j'ai vu commettre par un maître en gynécologie.

Une dernière hypothèse est celle où la faute est lourde, d'une manière palpable, si je puis m'exprimer ainsi ; par exemple, un empoisonnement provoqué par une erreur de posologie dans une ordonnance écrite.

Il n'est pas un certificat qui ne rentre dans l'une des trois catégories que je viens d'énumérer, et dans toutes les trois il fait jouer, à mon avis, le plus triste rôle au signataire.

Dans la première, il a les apparences d'avoir obéi à quelque mobile inavouable, tel qu'un trop ardent désir de se couvrir de lauriers en jetant un confrère aux gémonies et à la crainte intéressée de déplaire à un nouveau client en refusant de se prêter à ses désirs.

Dans la seconde, si le médecin attaqué possède une grande notoriété, il triomphera des imputations dirigées contre lui ; si, au contraire, la haute position est du côté du signataire, sa victime est un homme à l'eau. Et l'on verra cette énormité que pour un même fait le chirurgien, l'accoucheur, le gynécologue en renom sera présumé avoir agi suivant les règles de l'art, tandis que le praticien jeune et sans notoriété sera dépourvu de moyens de défense. Dans ces conditions, un certificat contre celui-ci devient un véritable acte de lâcheté indigne d'un honnête homme.

Lorsqu'enfin l'impéritie est notoire, qu'elle a eu des conséquences funestes, est-ce à un médecin de se faire délateur, en fournissant les premières armes contre un confrère malheureux qui a eu une défaillance de mémoire ou a montré trop de négligence, sous l'influence, peut-être, d'un état morbide momentané. Je ne le déclare pas irresponsable ; mais, à chacun son rôle. A la partie lésée, il appartient de s'adresser directement aux tribunaux qui nommeront un expert, lequel, muni de tous les éléments et informations, rédigera un rapport suivant sa conscience.

Je vous demande donc de vouloir bien voter la proposition suivante :

Un médecin qui délivre à une famille un certificat constatant l'impéritie ou la prétendue impéritie d'un confrère, commet un acte contraire à l'honorabilité professionnelle. »

Après discussion, la société de l'Elysée a voté la proposition de M. Siry.

(*Journal de médecine de Paris*.)

La dernière séance d'affaires à l'Association générale

« Les *séances d'affaires* de l'assemblée générale de l'Association n'ont pas eu, nous rapporte-t-on, le calme accoutumé. L'assemblée rendue houleuse, partiale peut-être, par le souvenir de quelques allégations imprudentes, n'aurait-elle pas apporté à l'examen des intérêts à elle soumis la patiente longanimité qu'un pouvoir appelé à juger en dernier ressort doit toujours garder, fût-ce à un degré excessif ? C'est un point sur lequel les comptes rendus, même sténographiques, ne nous permettent pas de nous prononcer. Mais, à voir l'empressement qu'on a mis à grossir l'incident, il est impossible de se défendre d'une impression que l'intérêt bien entendu de notre chère Association nous défend de garder pour nous seul.

« A quoi nous sert l'Association, entends-je de plus en plus répéter autour de moi, puisque, avec l'appui financier et moral que nous lui prêtons, elle ne peut seulement :

« Ni donner des pensions *de droit* à tout sociétaire ayant trente ans d'inscription ;

« Ni obtenir des pouvoirs publics une loi sur l'exercice de la médecine. »

Et, en effet, ne pas assurer de quoi vivre à tous ses membres, moyennant un versement annuel de 12 francs ; et ne pas parvenir à contraindre nos députés à légiférer au lieu d'interpeller, ce sont évidemment là, contre l'Association, deux griefs des plus sérieux ; et si elle persiste à les mériter, c'est qu'elle y met un mauvais vouloir évident.

Aussi ne perdrai-je pas mon temps à vouloir la disculper par le raisonnement. Mais une autre voie me paraît plus pratique : et que ne suis-je à même de l'employer ! Que ne suis-je, pour un an, maître d'organiser nos réunions annuelles ! Loin de m'attacher à *simplifier*, à *expédier les affaires*, je voudrais les multiplier, les étendre, les provoquer. Non seulement j'autoriserais, mais je solliciterais toutes les Sociétés locales à s'entendre préalablement entre elles. Je leur offrirais le moyen de se concerter avant la réunion plénière. Je voudrais consacrer, non pas une, mais deux séances aux discussions de cet ordre, savoir : l'une aux questions déjà étudiées par le *Conseil général*, l'autre aux vœux émis non seulement par chaque Société, mais par chaque Sociétaire.

Et dans ces séances je laisserais, j'assurerais à chacun, et jusqu'au bout, liberté entière de la parole, afin qu'aucune proposition utile, — car il s'en produit toujours, et il s'en produirait encore davantage, — ne fût écartée ; mais surtout afin qu'aucune utopie n'eût désormais le droit de se poser en victime, pour que nul de nos *décrocheurs de lune* ne pût, rentré chez soi, s'écrier : « Que voulez-vous ? On m'a dérangé au moment où j'allais la prendre ! »

P. D.

(*Extrait du Lyon Médical*.)

Jurisprudence médicale.

Sage-femme recevant des pensionnaires. — Registre des logeurs. — Arrêté du maire. — Illégalité (1).

Les sages-femmes recevant uniquement chez elles les femmes enceintes, ne peuvent, tant à raison du secret professionnel qu'à raison de ce que les maisons d'accouchement ne peuvent être considérées comme des lieux ouverts au public, être assimilées aux aubergistes-logeurs.

Ainsi jugé par le rejet du pourvoi du ministère public de Privas, contre jugement du tribunal de simple police de cette ville, du 13 mars 1886, ayant relaxé la femme Chaussedent.

« La Cour, ouï M. le conseiller Sallatin en son rapport, conclusions conformes de M. l'avocat général Loubers ;

« Sur l'unique moyen du pourvoi, pris de la violation des lois des 16-24 août 1790 et 19-22 juillet 1861, et de l'article 471, n° 15 du Code pénal, en ce que le jugement attaqué a déclaré illégal et non

(1) Cour de cassation (chambre criminelle), présidence de M. le président Lœw ; audience du 20 juin 1886.

obligatoire l'arrêté du maire de Privas du 8 novembre 1875, qui prescrit aux sages-femmes recevant chez elles des pensionnaires, de tenir un registre semblable à celui imposé aux aubergistes et logeurs;

« Attendu que le jugement attaqué constate en fait que la femme Chaussedent exerce la profession de sage-femme et reçoit uniquement chez elle des femmes enceintes qui viennent réclamer ses soins ;

« Attendu que les sages-femmes ne peuvent être assimilées aux aubergistes, logeurs, hôteliers ou loueurs de maisons garnies, ni être tenues des obligations imposées à ceux-ci par l'article 474, n° 2, du Code pénal ; qu'une pareille assimilation serait d'ailleurs contraire aux prescriptions de l'article 378 du Code pénal, qui oblige les sages-femmes, aussi bien que le médecin, à garder les secrets dont elles sont dépositaires à raison de leur profession;

« Attendu qu'aucune loi spéciale n'a placé les maisons d'accouchement sous la surveillance municipale; que, d'une autre part, les maisons de ce genre ne peuvent être considérées comme des lieux ouverts au public sur lesquels les maires ont un droit de police et de réglementation en vertu de la loi du 5 avril 1884 ; — Attendu, dès lors, qu'en refusant de reconnaître la légalité des articles 6, 7 et 8 de l'arrêté de police pris par le maire de Privas, le 8 novembre 1875, le tribunal de simple police de cette ville, loin d'avoir violé la loi en a fait une juste application « Rejette. » (Le *Droit*, journal des tribunaux, du 13 août 1886).

Médecin et client. — Visites, soins et médicaments. — Action en paiement. — Accord et divergence des parties sur certains points de la demande. — Appréciation du juge. — Décision justifiée.

Un jugement n'encourt pas le reproche d'avoir « arbitrairement » réduit la somme due à un médecin par son client, pour visites, soins et médicaments, lorsque le tribunal, après avoir, d'une part, relevé les éléments non contestés de la demande, savoir le prix des médicaments fournis et celui de quatre visites spéciales, et d'autre part, constaté que les parties sont en désaccord sur le nombre des autres visites et au sujet de quelques opérations peu importantes, déclare trouver dans les documents de la cause les éléments suffisants pour apprécier le quantum de la dette et en fixer le montant au chiffre qu'il détermine.

Cette appréciation, dans les circonstances où elle intervient, suffit à justifier la décision, et le tribunal n'était pas tenu, pour satisfaire au vœu de l'article 7 de la loi du 20 avril 1810, d'énumérer et de spécifier les documents sur lesquels il se fondait.

Par la même décision, le tribunal n'a pu violer les dispositions du code civil invoquées par le pourvoi. (Art. 1134, 2101 et 2272.)

Rejet, sur le rapport de M. le conseiller Dardedois et conformément aux conclusions de M. l'avocat général Chévrier, du pourvoi formé par le sieur Alliot contre un jugement du tribunal civil de Romorantin, en date du 10 juillet 1886, rendu au profit des époux Duchesne. (*Gazette des Tribunaux* du 14 mai 1887.)

ADHÉSION A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Duvignau, ex-médecin de la marine, à Saintes (Charente-Inférieure), présenté par le Directeur.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat des Vallées de l'Aisne et de la Vesle

5e année. — 20e séance.

Le 28 juin 1887, les membres du Syndicat se sont réunis en la demeure de M. le docteur H. Lécuyer, de Beaurieux, secrétaire général. Après un déjeuner confraternel, la séance a été ouverte sous la présidence de M. Ancelet, président.

Etaient présents : M. Fené (de Beaurieux), et M. Leroux (de Corbeny), membres d'honneur ; MM. Ancelet (de Vailly), président ; Dulieu (de Longueval), président honoraire ; Bracou (de Vailly), vice-président ; Lécuyer (de Beaurieux), secrétaire ; Gaillard (d'Hartennes), assesseur, Dupré (de Longueval), Herbillon (de Cormicy), Delaporte (de Moulins), Voimant (de Soissons), Pichancourt (de Bourgogne), Henrionnet (de Braisne).

S'étaient excusés et étaient représentés : MM. Faille (de Fismes), Bours de (Coincy-l'Abbaye), Joffroy (de Saint-Erme), Ballossier (de Craonne), de Châteaubourg (de Braisne), Deligny (de Fère en Tardenois) et Manichon (d'Oulchy-le-Château).

Le président expose qu'il est allé voir le confrère Godart (de Fismes), toujours malade, que Bracou, Lécuyer, Dulieu et Dupré sont allés le voir également; il propose au syndicat de lui envoyer ses meilleurs vœux de prompte guérison et de profonde sympathie. Le secrétaire est chargé de les lui transmettre.

Adopté à l'unanimité.

La parole est donnée au secrétaire, qui expose qu'il a reçu une circulaire du syndicat d'Argenteuil, annonçant le refus de concours de tous les membres du syndicat à la magistrature, qui rejette les associations syndicales de médecins hors du droit commun, avec laquelle nous n'avons que des rapports désagréables, et qui, lorsque nous invoquons son appui contre la concurrence des empiriques non diplômés et en général dans toutes les circonstances où nos intérêts sont en jeu met un mauvais vouloir tel, qu'une voix autorisée a pu dire au Congrès médical de Lyon : En France, quand il s'agit de médecins, la magistrature ne fait pas son devoir.

M. Dupré est d'avis que toutes les fois qu'on pourra le faire, il faudra refuser son concours à la magistrature.

Dernièrement, il a eu fortement à s'en plaindre et il cite le fait suivant :

« Le 7 juillet 1886, rixe dans une auberge de Villers-en-Prayères. Le surlendemain, je suis appelé à donner des soins au sieur X.. Je constate sur l'abdomen cinq ecchymoses bien distinctes et les symptômes d'une péritonite suraiguë arrivée à la période de collapsus.

Mort le samedi.

Devant l'attitude embarrassée et l'irrésolution du père de la victime, j'avais dû faire un certificat médical relatant la cause de la mort du sieur X.. en lui disant qu'il était de son devoir d'en instruire l'autorité judiciaire, car il serait fait une enquête inévitablement.

Les gendarmes vinrent et firent une enquête plus ou moins complète.

Le 11 juillet je reçois du juge d'instruction un réquisitoire « à l'effet de visiter le corps du sieur X.. qui a succombé le 10 juillet aux coups reçus par lui le mercredi 7 juillet et de déterminer :

1° Le genre de mort auquel il a succombé ;

2° Cet examen devra déterminer le siège, la nature, le nombre des blessures primitivement reçues ;

3° L'influence qu'elles peuvent avoir eues sur la santé de ce dernier et leur relation avec la mort. »

Le lendemain 12, je me rends au domicile de la victime pour procéder à l'autopsie; je pensais y trouver le juge d'instruction ou, à son défaut, le juge de paix du canton, le médecin du parquet de l'arrondissement, enfin la justice sous la forme de ses représentants légaux.

Hélas ! personne !

Peut-être la température sénégalienne de ce jour tenait-elle les magistrats renfermés.

En présence du maire de la commune, je procédai à l'autopsie.

Je n'eus point de peine à déterminer les causes de la mort.

Le diagnostic se vérifiait.

Il y avait perforation évidente de l'intestin, d'où péritonite.

Je ne fus mandé que le 14 juillet pour prêter serment entre les mains du juge de paix et j'envoyai aussitôt mon rapport.

Le 10 août suivant, l'affaire vint devant le tribunal correctionnel.

Je fus appelé pour m'expliquer sur mon rapport. Je dis que la mort était due à des coups de pied reçus sur l'abdomen, les lésions constatées, leur siège, leurs dimensions, leur gravité étaient pour moi des indices irréfragables, et attestaient même l'attitude qu'avait dû avoir la victime.

Bref, je maintins purement et simplement mon rapport, mais le président m'interrogea sur d'autres points en dehors de mon expertise.

Il me demanda en quels termes j'étais avec la sage-femme, épouse de l'accusé, car il se pourrait que, comme elle exerçait une profession similaire, je me trouve parfois lésé dans mes intérêts.

Je répondis que tant qu'elle exerçait honorablement son art, je n'avais rien à dire, mais qu'il lui était déjà arrivé de manquer à ses devoirs professionnels.

Deux témoins à décharge intervinrent me prêtant des propos que je n'avais aucunement tenus. Enfin, dans cette cause où l'on voulait détruire la véracité de mon rapport et faire croire que je l'avais écrit avec passion (ce qui n'était pas), le président dit le mot de la fin : « qui veut trop prouver ne prouve rien. »

L'avocat de l'accusé s'attacha à vouloir démontrer que la victime était d'une santé débile et qu'il avait dû se produire une déchirure de l'intestin par *effort musculaire* (?)

Oh ! bêtise humaine ! ces quelques mots bien placés ont dû influencer ces bons magistrats : l'accusé fut acquitté.

Des fautes graves furent commises au cours de ce procès :

1° Après l'autopsie faite, l'ordre d'inhumation ne fut point donné, et il fallut une plainte formulée par le voisin du lieu où était déposé le cadavre pour que l'enterrement se fît et cela *7 jours après le décès*, par une chaleur torride.

2° A cause de l'absence du parquet sur les lieux, au moment de l'autopsie, je ne pus prêter serment que deux jours après, ce qui est contraire au code d'instruction criminelle.

Le juge d'instruction était dans son tort ; aussi le tribunal, au grand ébahissement de tous et au grand scandale des gens honnêtes, a préféré acquitter un coupable que d'admonester un juge d'instruction aussi bienveillant. »

Le président remercie M. Dupré de son intéressante communication ; il dit que c'est un devoir pour tous de faire part de tous les faits intéressant la dignité professionnelle et met aux voix la conclusion suivante :

Le syndicat vote les mêmes conclusions que le syndicat d'Argenteuil ; la justice n'a pas à compter sur son bon vouloir ; qu'elle s'en tienne à ses médecins assermentés.

Adopté à l'unanimité.

L'ordre du jour appelle la délibération sur le projet Ancelet.

La parole est au secrétaire :

Mes chers confrères, à notre dernière réunion, vous avez tous applaudi votre dévoué président lorsqu'il nous a donné lecture de son travail sur la création d'une caisse de *secours* pour les membres du syndicat qui, par suite de maladies ou d'accidents, seraient dans l'impossibilité de pratiquer la médecine *temporairement*.

En nous présentant son travail, notre confrère Ancelet ne se dissimulait pas son imperfection. Ce n'était qu'une ébauche et il livrait ses données à nos méditations.

L'idée et les lignes principales étaient immédiatement approuvées par notre président d'honneur le Dr Cezilly, directeur du Concours médical, et par le Dr Barat-Dulaurier secrétaire général de l'Union des syndicats de France, qui a dû soumettre cette question au Syndicat de Coutras et qui va appeler également l'attention de tous les syndicats sur cette question si intéressante.

Le bureau du syndicat s'est réuni et a examiné très attentivement le projet Ancelet. Comme l'auteur, il est d'avis de fonctionner de suite en laissant le temps perfectionner l'œuvre ; mais il a trouvé qu'une somme de 10 fr. par an n'était pas suffisante et il s'est arrêté à celle de 24 fr. par an ; soit 2 fr. par mois payables 6 fr. par trimestre.

Au bout d'un an de fonctionnement, le bureau a décidé également que tout nouvel adhérent devait payer en sus un droit d'entrée de 24 fr. et, en cela, il s'est séparé momentanément de son président, qui, mû toujours par son bon cœur, ne demandait qu'un droit d'entrée de 10 fr.

Il a pensé qu'en somme cela doublait simplement la première annuité, et que c'était justifié par les bénéfices réels que le nouveau sociétaire pouvait retirer dès la première annuité.

§

Voici le tableau rectifié que nous avons l'honneur de soumettre à votre attention en admettant le prix de 24 fr. par an souscrit par 20 sociétaires pendant 10 ans.

24f. $\times$ 20 $\times$ 10 ans = 4,800 fr.

On distribue les 3/4 = 3,600 fr.

Reste en caisse comme fonds de réserve, 1,200 fr. dont les intérêts augmenteront la quantité d'argent à distribuer.

Dans ce tableau ne sont pas compris les droits d'entrée de nouveaux sociétaires, ni les dons volontaires qui augmenteront d'autant, toujours dans la mesure des 3/4 de la quotité disponible.

Ainsi, mes chers confrères, il est à peu près certain que tous les ans nous n'aurons pas à donner.

Dans ce cas, le capital s'ajoutera à l'ancien, et pour l'année ou pour les années suivantes, on pourra toujours donner ce qu'il y a en caisse, en gardant soigneusement le 1/4 de réserve.

Pour donner un exemple et pour citer le même qu'Ancelet, mais en rectifiant ses chiffres : au bout de la 4e année, nous aurions donné à notre regretté camarade Wimy, 1440 fr. et nous aurions en caisse encore 480 fr. tandis que lui n'aurait versé que 96 fr.

§

D'un autre côté, il peut arriver que la maladie frappe plusieurs confrères la même année. Pour ne pas mettre la caisse en déficit, nous avons décidé de distribuer aux ayants droit, seulement à la fin de l'année, et au prorata du nombre de jours de maladie, les fonds en caisse.

Ainsi la caisse fonctionnera d'une manière certaine, sans aléa d'aucune sorte. Enfin, dans le projet, l'indemnité journalière est de 10 fr. le maximum de jours de maladie par an est de 90 jours et les maladies de moins de quinze jours ne donnent droit à aucune indemnité, car ce court espace de temps de maladie ne peut compromettre en rien la position du confrère malade.

Enfin, notre dévoué président nous a promis d'étudier la question des remplacements médicaux par les confrères voisins et de mettre la question à l'ordre du jour du syndicat. (Approbation). M. le Président Ancelet lit les articles de son projet et les met successivement aux voix.

Art. 1.

Entre les membres du syndicat qui adhéreront aux présents statuts, il est établi une caisse d'assistance mutuelle ayant pour but d'accorder une indemnité à ses membres atteints de maladies ou de blessures accidentelles les obligeant à cesser temporairement leurs fonctions.

Art. 2.

Pour être admis, il faut être valide et être accepté comme tel par le bureau.

Art. 3.

On n'a droit à l'indemnité quotidienne que six mois après que l'on est entré dans la société.

Art. 4.

L'incapacité temporaire n'excédant pas quinze jours ne donne droit à aucune indemnité.

A partir de ce moment, l'incapacité de travail donne droit à une indemnité quotidienne de 10 fr. pendant une durée de 3 mois au plus.

Si la maladie se prolonge plus longtemps, le bureau avisera.

Sa décision sera susceptible d'appel en assemblée générale.

Art. 5.

Le membre malade devra aviser le secrétaire de son état de maladie et, dès sa guérison, de la reprise de son travail.

La société peut déléguer un médecin pour constater l'état de maladie ; s'il refuse de se laisser visiter, il perd l'indemnité de maladie.

Art. 6.

La caisse est gérée gratuitement par le bureau du syndicat qui rend ses comptes chaque année dans la séance annuelle. Les frais de bureau sont prélevés sur la caisse du syndicat.

Art. 7.

Les ressources de la société se composent :

1° De dons volontaires ;

2° D'une cotisation de 2 fr. par mois payable par trimestre entre les mains du trésorier, qui se charge de faire rentrer les cotisations, 8 jours après l'expiration du trimestre échu, aux frais des retardataires et par les soins de l'administration des postes. Si la traite est refusée, le membre est considéré comme démissionnaire et perd tous ses droits.

Néanmoins on peut se libérer en un seul versement annuel ;

3° D'un droit d'entrée de 24 fr. payable en 4 trimestres en même temps que les cotisations, après un an de fonctionnement de la caisse.

Toute somme versée reste définitivement acquise à la caisse.

Art. 8.

Du capital annuel ainsi formé, les 3/4 sont versés à la caisse courante qui s'accroît en outre des reliquats des exercices précédents s'il y en a et des versements de la caisse de réserve dans les conditions ci-dessus spécifiées.

La caisse n'est responsable que jusqu'à épuisement de la quotité disponible.

S'il y a plusieurs sinistres dans le courant de la même année, en cas d'insuffisance, elle sera partagée proportionnellement à chacun d'eux.

Dans « tous les cas » la somme à distribuer ne sera donnée qu'à la fin de chaque année aux ayants droit.

Art. 9.

Le 4e quart du capital annuel constitue le fonds de réserve ; il est inaliénable ; les intérêts seuls s'ajoutent au fonds disponible.

Art. 10.

L'assurance n'est pas obligatoire pour les membres du syndicat, mais il est indispensable d'en faire partie pour y avoir droit.

Art. 11.

La dissolution ne pourra être prononcée que par une assemblée générale extraordinaire et aux 3/4 des voix.

Chaque membre aura droit aux sommes versées par lui ; le surplus sera versé dans la caisse du syndicat.

§

Ces articles sont successivement mis aux voix et après discussion adoptés en première lecture.

Sur la demande de M. Herbillon, le secrétaire est chargé d'étudier le projet Lagoguey, ou autres similaires, projets dans lequels on verse bien plus d'argent, il est vrai, mais où l'on peut être sûr de toucher *beaucoup plus*. Son rapport sera lu à la prochaine séance, avant la 2e lecture et l'adoption définitive, s'il y a lieu, du projet de notre président.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire perpétuel,
Dr H. Lécuyer, de Beaurieux (Aisne).

NOUVELLES

Le Ministre de l'Intérieur vient de créer, à l'Institution nationale des sourds-muets de Paris, rue de l'Abbé-de-l'Epée, une clinique laryngologique.

Cette clinique, qui recevra des malades à partir du 1er octobre prochain, sera dirigée par le Dr Ruault, médecin-adjoint de l'Institution, qui a été chargé de ce service par arrêté ministériel en date du 30 juin dernier.

NÉCROLOGIE

M. le Dr Tardif, de Saint-Junien (Haute-Vienne), membre du *Concours médical*, est mort après 48 ans d'exercice, pauvre, sans clientèle, aidé par ses fils, médecins tous les deux. « *Excellent confrère, jamais l'envie ni la jalousie ne hantèrent son cœur trop bien doué pour être haineux.* » Ce passage du discours prononcé sur sa tombe par le Dr de Font-Reaulx, est le plus bel éloge d'un médecin qui était aussi un artiste distingué.

— Nous avons également le regret de faire part à nos lecteurs du décès du Dr Saisset, de Ceilhet (Hérault), membre du *Concours médical*.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St André, 1

Neuvième année N° 30 23 Juillet 1887

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

Symptômes et traitement de l'ulcère simple du duodénum. (1)

« L'histoire clinique de l'ulcère simple du duodénum, dit M. Bucquoy, n'a été jusqu'ici que celle de ses terminaisons. Dans la plupart des cas qui ont été publiés, la maladie n'avait pas été soupçonnée ; le hasard seul a fait reconnaître à l'autopsie la cause de la perforation ou des hémorrhagies auxquelles le malade avait succombé.

Les ulcères perforants du duodénum, ont donné lieu, en effet, aux erreurs de diagnostic les plus variées. On a pu prendre les symptômes de la péritonite par perforation, pour une rétention d'urine, pour une attaque de choléra, des coliques hépatiques ou saturnines, pour un empoisonnement (erreur déjà signalée par Cruveilhier à propos de l'ulcère gastrique), pour un étranglement interne ou herniaire, voire pour une péricardite. M. Bucquoy montre comment, en pareil cas, on pourra quelquefois, par une analyse sagace, rapporter le syndrôme péritonitique à sa véritable cause. Mais, ajoute-t-il, « si ce diagnostic ultime est intéressant à cause des difficultés dont il est entouré, son utilité pratique paraîtra contestable, puisqu'il ne conduit à aucune action thérapeutique efficace, la mort à bref délai étant la terminaison constante de l'ulcère perforant ». Quelle différence, si l'on pouvait au contraire diagnostiquer l'ulcère duodénal avant l'explosion de la complication irrémédiable ! « Cruveilhier, en nous apprenant à reconnaître l'ulcère simple de l'estomac, n'a pas rendu seulement un service signalé à la science, il a sauvé ainsi bien des malades qui n'auraient pas guéri, si on ne leur eût appliqué en temps opportun le traitement si bien formulé par cet éminent médecin. » Ce que Cruveilhier avait fait pour l'ulcère gastrique, M. Bucquoy vient de le faire pour l'ulcère duodénal en dégageant de l'observation des faits vus par lui-même et de l'analyse critique des cas antérieurement publiés, « des symptômes qui, sans avoir une valeur pathognomonique absolue, ont des caractères assez particuliers pour permettre d'établir avec une quasi-certitude l'existence de la lésion duodénale ».

Nous ne pouvons mieux faire que de citer textuellement le résumé qu'en donne l'auteur.

« Ces symptômes sont :

1° Des *hémorrhagies intestinales*, ou melæna, à début brusque éclatant au milieu d'une santé parfaite en apparence, et se répétant pendant plusieurs jours avec plus ou moins d'intensité, de manière à compromettre sérieusement la vie des malades. Souvent le melæna est accompagné ou précédé de quelques hématémèses dues au reflux du sang dans l'estomac.

« 2° La *douleur* qui, lorsqu'elle existe, ce qui est le cas ordinaire, a pour siège une zone correspondant à la face inférieure du foie, un peu à droite de la ligne blanche, entre le rebord des fausses côtes et la crête iliaque.

On n'observe pas dans l'ulcère duodénal les points xiphoïdien et dorsal de l'ulcère simple de l'estomac, ni leurs analogues.

3° Des *troubles digestifs*, dont les plus spéciaux à la maladie sont des crises de coliques souvent d'une violence extrême, accompagnées ou non d'indigestion, et qui ont pour caractère de se manifester ordinairement trois ou quatre heures après l'in-

(1) *Archives de Médecine*, 1887.

gestion des aliments. C'est aussi à cette époque du travail de la digestion qu'éclatent le plus souvent les manifestations graves, les hémorrhagies ou les perforations. »

Ces troubles digestifs et même la localisation de la douleur ont certainement moins d'importance au point de vue du diagnostic que ces mæléna avec intégrité de l'estomac. « Quand un malade du sexe masculin (c'est presque toujours chez l'homme qu'on observe l'ulcère simple du duodénum) est pris tout à coup d'hémorrhagies intestinales que rien n'annonce et qui cèdent au bout de quelque temps, sans entraîner d'autres désordres : que ceux qui résultent d'une anémie extrême (décoloration des téguments, défaillances continuelles, et même véritables syncopes) ; quand ces hémorrhagies reviennent avec les mêmes caractères, à des époques plus ou moins éloignées, *laissant dans les intervalles toutes les apparences de la santé ;* quand enfin, après les crises hémorrhagiques, *le retour rapide des fonctions de l'estomac démontre l'intégrité de cet organe*, il y a de fortes présomptions, sinon certitude, que les hémorrhagies ont leur origine dans un ulcère simple du duodénum.

II

Lorsqu'on sera arrivé à établir un tel diagnostic, d'après les règles ainsi formulées, l'on ne pourra certainement se défendre de porter un pronostic des plus graves en songeant que presque tous les faits connus jusqu'ici ont eu pour aboutissants la péritonite par perforation mortelle, ou la mort par hémorrhagie. Toutefois, si l'on réfléchit qu'il existe un certain nombre de guérisons authentiques, si l'on admet, avec M. Bucquoy que, les formes bénignes de cette maladie étant mieux connues, le chiffre des guérisons sera bientôt augmenté, on se reprendra à espérer pour le malade atteint d'ulcère duodénal la terminaison la plus favorable et l'on puisera dans cette espérance la confiance nécessaire pour lui imposer la seule THÉRAPEUTIQUE rationnelle.

Le régime lacté est, comme pour l'ulcère de l'estomac, le moyen de traitement le plus précieux de l'ulcère du duodénum. Le malade prend toutes les deux heures un verre de lait non bouilli, froid ou tiédi au bain-marie, coupé d'eau alcaline. Au moment des hémorrhagies, le lait sera pris glacé et additionné plutôt d'eau de chaux ; dans les hémorrhagies graves, on aura recours aux applications de glace sur le ventre, aux injections hypodermiques d'ergotine ou d'ergotinine, à l'eau de Rabel, au ratanhia et surtout au perchlorure de fer. Dans les périodes où l'ulcère tend à se cicatriser, une révulsion modérée sur l'épigastre et l'hypochondre droit n'est pas inutile.

Le point sur lequel le traitement de l'ulcère duodénale diffère du traitement de la maladie de Cruveilhier est relatif au régime au moment de la convalescence : « tandis que l'ulcération de la muqueuse stomacale oblige à maintenir un régime des plus sévères et à continuer l'usage du lait pendant un temps souvent fort long, le malade atteint d'ulcère du duodénum peut, grâce au bon fonctionnement de son estomac, recourir de bonne heure à une alimentation plus variée et satisfaire ainsi au besoin de réparation que laissent après elles les graves hémorrhagies qu'il a subies. »

FEUILLETON

Enquête sur l'exercice illégal (*suite*). (1).

Cette enquête que nous réclamons aujourd'hui, était-ce vraiment aux sous-ordres d'un ministre qu'elle devait être confiée ? Ne devait-elle pas plutôt être remise aux mains des Sociétés locales ? Et ne devions-nous pas être appelés comme témoins plutôt que comme dénonciateurs ?

Comment arriver à une situation meilleure, *si nous sommes incapables de prouver nous-mêmes*, qu'aussi bien que la Société, nous souffrons de la tolérance des lois et de l'indulgence des juges, et que cette plaie de l'exercice illégal est la cause de notre abaissement ?

L'opinion générale, nous dira-t-on, est faite sur ce sujet, et une enquête ne nous apprendra rien de nouveau. Nous ne le croyons pas, et nous en avons déjà la preuve par les correspondances que nous avons reçues.

On s'occupe peu à l'Académie de Médecine, à la Faculté, et dans la presse médicale, de la question de l'exercice libre de la médecine, et pourtant, il n'en est point de plus importante pour la grande majorité d'entre nous. Nous pensons différemment à la campagne et en ville, sur cette question ; mais on viendra à nous, avant peu, de la ville ; qu'on nous questionne donc et nous répondrons.

Il est possible qu'un certain nombre d'entre nous croient qu'il est trop tard pour frapper sur l'exercice illégal. Il n'y a qu'une chose à répondre à cela : s'ils se plaignent depuis longtemps déjà, comment peut-il se faire que leurs plaintes aient moins de valeur aujourd'hui qu'elles n'en auraient eu autrefois ?

Il est encore possible que parmi nous il en soit qui pensent que nous allons vers la liberté de l'exercice de la médecine ; à ceux-ci nous pouvons dire que leurs illusions disparaîtront bientôt. Il se trouvera, peut-être, en effet, au Parlement, des esprits assez chimériques pour réclamer une semblable mesure, et un parti intéressé à louer la charité des bonnes sœurs, et qui demandera une sanction légale à leurs pratiques médicales ; mais il n'y aura point de majorité pour faire remonter la civilisation de plusieurs siècles en arrière.

Chacun de nous a l'entière liberté de se suicider, chacun, avec moins de dangers, a depuis longtemps l'entière liberté de se soigner à sa guise ; mais il est une liberté qui ne sera jamais accordée aux charlatans et aux épiciers : c'est celle d'exploiter et d'empoisonner les ignorants.

On a dit de la liberté de l'exercice de la médecine, que les médecins en souffrent, et que les ma-

(1) Voir le n° 28 du 9 juillet 1887

QUINZAINE CHIRURGICALE

Nature et valeur des progrès récents dans les amputations des membres (1).

La très importante communication que M. le professeur Trélat vient de faire sur ce sujet à l'Académie des sciences montre avec quel succès le professeur de clinique de la Charité a poursuivi depuis plusieurs années la perfection de ses résultats opératoires, ils sont *supérieurs* à ceux que l'on trouve énoncés dans toutes les statistiques du même genre publiées jusqu'ici.

C'est par l'application incessamment poursuivie de la large et simple doctrine anti-microbienne que l'on peut arriver à faire une bonne chirurgie antiseptique.

« Opéré, opérateurs et aides, salles d'opérations, « substances de pansement, liquides de lavage, « éponges et succédanés, propreté des instruments, « des tubes à drainage, fils à ligature et à suture, « tout a été soumis à revision et à purification ».

M. Trélat prend pour base de sa démonstration 52 grandes amputations qu'il a pratiquées depuis 1880 jusqu'à aujourd'hui ; c'est-à-dire dans une période de six ans et demi.

On sait que les statistiques de 1836 à 1870 donnent les moyennes de mortalité suivantes :

Cuisse, 62 à 67 0/0. Bras, 45 à 54 0/0.

Jambe, 55 à 61 0/0. Avant-bras, 28 à 33 0/0.

Or les 52 amputations de M. Trélat considérées en bloc donnent les moyennes suivantes :

(1) Académie des Sciences. Juin 1887.

	Opérés	Morts	pour cent.
Cuisse...	22	4	18, 1 0/0
Jambe...	20	3	15, 0/0
Bras....	6	0	0, 0/0
Avant-bras.	4	1	25, 0/0
	52	8	15, 0/0

Le résultat total est déjà très important; mais, entrant dans une démonstration plus rigoureuse, M. Trélat divise en deux périodes les faits qu'il a rassemblés. Dans la première période, qui est de 4 ans, il a fait à l'hôpital Necker 27 amputations ; voici leurs résultats :

Hôpital Necker (de novembre 1880 *à août* 1884).

	Opérés	Morts	pour cent.
Cuisse..	12	3	25 0/0
Jambe..	20	3	30 0/0
Bras....	3	0	0 0/0
Avant-bras.	2	1	50 0/0
	27	7	25 0/0

A l'hôpital de la Charité, au contraire, en deux ans et demi, il y a eu 25 grandes amputations; l'antisepsie a été améliorée dans tous ses détails, et aujourd'hui encore, on poursuit ses imperfections sans cesse renaissantes dans un vaste service de clinique. Les résultats opératoires se sont déjà ressentis de ces efforts.

En effet, voici ce que M. Trélat a obtenu :

Charité (Novembre 1884 *à juin* 1887.)

	Opérés	Morts	pour cent.
Cuisse..	10	1	10 0/0
Jambe..	10	0	0 0/0
Bras....	3	0	0 0/0
Avant-bras.	2	0	0 0/0
	25	1	4 0/0

lades en meurent. Il n'y a pas que les médecins qui en souffrent ; la Société aussi en pâtit.

Les médecins n'ont pas seulement un rôle de guérisseurs ; ils ont une mission sociale que le législateur ne peut méconnaître. C'est à eux que sont dus les progrès de l'hygiène publique depuis un siècle ; et quand nous parlons du corps médical, nous entendons parler non seulement des savants qui ont provoqué le mouvement, mais aussi des simples praticiens qui ont fait pénétrer les données de la science dans le plus profond des campagnes.

Quand il faudra, dans quelques années, établir l'assistance publique sur toute la surface du territoire, n'est-ce pas encore sur nous qu'il faudra s'appuyer, et pourra-t-on espérer un concours désintéressé des sorciers, des bonnes sœurs et des pharmaciens ?

Qu'on reprenne donc courage et qu'on sache bien que si nous sommes patients, c'est que nous sommes indispensables. Qu'on ne table pas sur cette patience, sur cette longanimité pour désespérer du succès ; qu'on cherche plutôt à faire pénétrer dans l'esprit de nos législateurs que ce n'est pas tant nos intérêts que ceux de la Société qui sont en jeu aujourd'hui.

Pour établir ce que la Société a perdu et ce qu'elle perd tous les jours à cette licence dans les mœurs médicales, il faut délibérément ouvrir une enquête où tous ceux qui se plaignent aient enfin la satisfaction de se faire entendre, et où nous tous, les témoins de cette exploitation honteuse, nous puissions déposer.

Je ne compte pas sur les dépositions du corps enseignant et des sommités de l'art médical; là, les opinions sont faites ; on les recueillera dans les documents, les rapports, les discours qui passent chaque jour sous nos yeux. Mais ce qu'il faut amener à l'enquête, c'est le médecin de province et celui de la campagne.

Et quand je parle d'une enquête sur l'exercice illégal, j'entends que l'enquête doit porter d'une façon générale sur la maladie dont nous souffrons. Bien d'autres affections nous rongent et doivent être signalées et étudiées. C'est donc une enquête générale sur la situation de la profession médicale qu'il faut ouvrir.

Pour la mener à bien, il n'est pas besoin de recourir aux ministères ; il faut que chaque médecin qui aime sa profession sente comme nous l'utilité de cette enquête, à la veille du jour où nos destinées vont être fixées pour un siècle peut-être, et que chacun donne quelques heures d'une journée de loisir pour remplir son devoir.

Nous sommes convaincu que cette enquête donnerait des résultats précieux et d'une grande valeur dans les débats ; nous ferons tous nos efforts pour la faire aboutir.

Dr L. ORDONNEAU.

Ce minimum de 4 0/0 est un résultat supérieur à tous ceux qui sont connus jusqu'ici.

Non seulement les malades guérissent, mais encore leur guérison s'effectue le plus souvent d'une façon rapide; la suppuration, qui n'est plus l'apanage obligé des plaies d'amputation, étant supprimée, on obtient des moignons dont les tissus conservent, sans déformation, la forme, la souplesse, la vitalité qu'ils avaient au moment de l'opération et de la réunion. La conicité des moignons, les adhérences vicieuses, les déformations, les névrites consécutives, tout est prévenu : par la réunion immédiate. L'application exacte de l'antisepsie a inspiré aux chirurgiens un beau rêve, la réunion des plaies sous un seul pansement. On l'obtient souvent pour les petites plaies, et on croyait autrefois ne point pouvoir l'obtenir pour les amputations.

Trois amputés de cuisse de M. Trélat ont pu guérir cette année sous deux pansements ; l'un de ces malades, amputé pour une tumeur blanche du genou, était totalement guéri le huitième jour.

En appliquant avec rigueur l'antisepsie, on est arrivé à mieux saisir les causes des complications septiques qui surviennent encore de temps en temps ; ces observations ont même la valeur d'expériences de laboratoire : elles indiquent ou que le milieu est vicié par l'encombrement hospitalier, ou que les tissus sur lesquels a porté le couteau, atteints au préalable de lymphangites ou d'autres lésions ne sont pas aptes à la réunion immédiate : « De ces observations réitérées, doivent résulter des « règles où le caractère scientifique, c'est-à-dire la « fixité, doit se substituer à l'art qui repose sur « des aptitudes individuelles et toujours variables. »

Plaies pénétrantes du crâne par armes à feu (1)

Un jeune homme de 20 ans se tire un coup de revolver, calibre 12, dans la tempe droite ; il se fait aussitôt une hémorrhagie abondante avec céphalée et tendance au sommeil ; de la matière cérébrale s'écoule par l'orifice d'entrée de la balle aussitôt après l'accident et le lendemain. Au troisième jour, M. Berra, qui a envoyé l'observation, explora le trajet de la balle au moyen d'une sonde de gomme élastique qu'il fait pénétrer à 10 centimètres. Cette exploration ne donne aucun résultat.

Les jours qui suivirent, le blessé présenta des phénomènes de méningo-encéphalite qui, après avoir duré huit à dix jours, finirent par céder. La guérison s'est maintenue. M. Chauvel, rapporteur de cette observation, blâme à bon droit l'exploration qui, pour le moins, a été inutile, et qui n'était nullement indiquée par les phénomènes que présentait le malade. M. Verneuil repousse aussi, avec le plus grand nombre des chirurgiens, l'intervention et l'exploration immédiate. Il existe, en effet, un grand nombre de blessés qui guérissent en conservant une ou plusieurs balles dans l'intérieur du crâne. On ne peut jamais être sûr de l'état d'asepsie de la balle qui a pénétré dans le crâne ; purifiée, peut-être, par la haute température à laquelle elle est portée au sortir de l'arme à feu, elle peut, en traversant les cheveux, ou à travers un conduit naturel comme l'oreille, le nez, les sinus frontaux, se contaminer et emporter dans le cerveau des germes, qui donneront naissance à la suppuration. M. Le Dentu rapporte un fait de ce genre très démonstratif ; sur un homme qui avait reçu une balle au milieu du front et qui avait succombé quelque temps après ; il trouva la balle enkystée dans l'extrémité du trajet qu'elle s'était creusé et en avant, séparé par du tissu cicatriciel, un abcès occupant le trajet du projectile.

Aussi une indication absolue doit se dégager de tous ces faits ; à moins que le projectile ne soit visible, on doit éviter toute manœuvre d'exploration primitive et se borner à laver soigneusement le trajet et l'orifice d'entrée avec une solution antiseptique ; on fera ensuite l'occlusion de l'orifice et on appliquera un pansement protecteur.

Lorsque la balle aura pénétré par une des cavités sus-indiquées, on devra, avec un soin rigoureux, désinfecter ces cavités et les tamponner antiseptiquement.

Il est parfois difficile de reconnaître, à priori, si la balle qui a frappé le crâne a pénétré dans l'ouverture, si elle est restée entre l'os et la dure-mère, ou encore si elle est restée à l'intérieur de la cavité osseuse. M. le professeur Trélat rapporte à propos de ces difficultés de diagnostic un fait dont il a été témoin, il y a peu de temps : un magistrat, dans l'exercice de ses fonctions, reçoit un coup de revolver au niveau de la bosse nasale, il ne perd pas connaissance, mais il se déclare une hémorrhagie nasale considérable.

M. Trélat voit le malade six jours après, alors que la plaie, mal pansée, était en pleine suppuration ; ne trouvant aucun phénomène cérébral et se basant sur la position du blessé au moment de l'accident (il regardait sur son bureau et le meurtrier était debout devant lui) il pensa que la balle s'était logée dans le sinus sphénoïdal.

Il s'abstint de toute intervention, considérant celle-ci comme inutile, dangereuse et non indiquée. En effet, quelque temps après, un abcès se forma dans le trajet, le chirurgien appelé l'ouvrit, et retira deux fragments d'os nécrosés et la balle qui était dans la situation indiquée par M. Trélat.

Dans un autre cas, M. Terrillon eut à soigner un jeune homme qui s'était tiré un coup de revolver calibre 7 dans la tempe, à peu de distance du conduit auditif; il n'y eut aucun accident les premiers jours, puis survinrent des signes de méningite. Aussitôt M. Terrillon explora le trajet à l'aide du stylet électrique de Trouvé, et, ayant reconnu l'existence du projectile, il appliqua une couronne de trépan, et en fit l'extraction. Les phénomènes de méningite s'arrêtèrent et le malade guérit. En résumé, à l'heure où nous sommes, il serait nécessaire que l'on eût un grand nombre de faits pouvant montrer si l'exploration parfaitement antiseptique est aussi innocente que quelques-uns le pensent ; et on doit s'en tenir à la pratique que nous avons énoncée

(1) Société de chirurgie, 22 et 25 juin, 6 juillet.

plus haut ; à moins d'évidence dans la situation du projectile, il faut nettoyer l'orifice d'entrée et pratiquer l'occlusion, quitte à intervenir plus tard si des phénomènes parfaitement localisés y autorisent.

De l'intervention chirurgicale dans les accidents des hernies adhérentes (1).

La thèse inaugurale de notre excellent et distingué collègue le Dr Boiffin, est une nouvelle et importante contribution à la pathologie moderne des hernies. Depuis la révolution apportée à la chirurgie abdominale par la méthode antiseptique, on n'en est plus réduit à ne toucher à un sac herniaire que la main forcée par l'étranglement. Les succès de la cure radicale ont ouvert une nouvelle voie aux chirurgiens. Aujourd'hui, le Dr Boiffin a repris l'étude des grosses hernies compliquées d'adhérences ; il a cherché dans leur anatomie pathologique, dans leur évolution clinique, à comprendre ce qui se passait quand des accidents se montraient dans ces tumeurs de gros volume, irréductibles, qu'on nous a de tout temps enseigné à respecter et à l'égard desquelles la temporisation et l'abstention thérapeutique étaient la règle. Interprétant les faits autrement que ses devanciers, Boiffin a montré que la terminaison favorable n'est pas aussi commune qu'on le croyait et qu'il y avait mieux à faire que de s'en tenir à la parole de Malgaigne : « Regardez le cas comme désespéré et laissez, du « moins, mourir naturellement le malade. » Il divise les adhérences herniaires en adhérences inflammatoires et adhérences par glissement.

Sans le suivre dans cette étude anatomique très soignée, nous remarquons que mieux qu'ailleurs il étudie le rôle des brides épiploïques, des lipômes développés aux dépens des appendices du gros intestin, des adhérences qui réunissent les anses intestinales formant les hernies marronnées et les coudures brusques en V dont nous avions déjà parlé en 1882 dans notre thèse de doctorat. Il montre enfin que la paroi intestinale elle-même subit des modifications hypertrophiques qui rétrécissent son calibre et peuvent créer un obstacle notable au passage des matières.

En somme, il résulte des lésions anatomiques variées que l'on rencontre dans les grosses hernies adhérentes que l'on peut y trouver réunies les causes multiples de l'occlusion intestinale vulgaire, brides, coudures, altérations des parois etc., etc.

Et alors, quand surviennent des accidents aigus au cours de ces grosses hernies, comment doit-on qualifier ces accidents ? Engouement herniaire.... mais il ne peut se faire que s'il y a obstacle au cours des matières. Péritonite herniaire... Gosselin l'admettait pour les hernies adhérentes, mais elle n'explique pas les phénomènes d'étranglement qui se montrent avec les vomissements fécaloïdes, l'algidité, etc., etc.

Le Dr Boiffin admet qu'il y a obstacle mécanique au cours des matières, quelquefois étranglement vrai, mais le plus souvent occlusion intestinale intra-herniaire. Cette occlusion peut être produite par des brides fibreuses intra-sacculaires, des brides et des adhérences épiploïques, des trous de l'épiploon, par le rétrécissement de l'intestin dans lequel s'arrêtent des corps étrangers. Plus rarement l'obstacle est dû à une invagination ou à une réduction en masse produite par le taxis ; les coudures brusques sont aussi à noter.

Les accidents des hernies adhérentes sont de deux sortes, légers et graves. Les *accidents légers* sont ces accès de douleurs avec tension légère de la hernie, vomissements qui se dissipent d'ordinaire au bout de quelques heures et que l'on considère d'habitude comme dénués d'importance. Il faut pourtant savoir qu'à chaque nouvel accès la hernie subit une aggravation. Les *accidents graves* ont deux formes cliniques : la *forme aiguë* qui a la marche des occlusions parfaites et la *forme lente* qui amène l'obstruction intestinale et qui amène tôt ou tard une terminaison fatale.

De toute cette étude, le Dr Boiffin dégage des préceptes thérapeutiques qui rompent nettement en visière avec les anciens errements. Quand on se trouve en présence d'accidents aigus ou lents, survenant dans le cours d'une hernie adhérente, il faut intervenir le plus près possible du début des accidents et ne pas attendre que la situation soit désespérée.

De plus, il faut bien savoir que tout individu porteur d'une hernie adhérente doit être considéré comme menacé à une plus ou moins longue échéance d'accidents redoutables. Aussi le chirurgien doit-il conseiller dès le début de ne pas attendre que la hernie soit devenue très volumineuse, que les adhérences soient étendues et compliquées pour intervenir.

En un mot, toute l'indication thérapeutique dans les cas de hernies adhérentes se réduit à cette simple formule :

1° Traiter par la cure radicale toute hernie irréductible par adhérence, dès qu'elle est reconnue.

2° Si on n'a pas pu agir ainsi, intervenir immédiatement au début des accidents.

Dr Barette.

(1) Th. Doct. Boiffin, 1887.

MÉDECINE PRATIQUE

Scarlatine et angines.

(Enanthème pharyngien. — Amygdalite pultacée. — Diphthérie. — Angine pseudo-membraneuse simple et dite pseudo-membraneuse).

I

Les manifestations angineuses qui accompagnent l'invasion, le décours ou la convalescence de la scarlatine sont souvent la cause d'embarras de diagnostic et de pronostic.

Il y a d'abord *l'enanthème pharyngien* qu'il ne faut pas confondre avec l'angine scarlatineuse proprement dite ; car, ainsi que le fait remarquer M. Cadet de Gassicourt, ils ne sont pas inséparables. Le premier n'a jamais fait défaut chez les malades

observés par lui, tandis qu'il a vu des cas où l'angine manque, c'est-à-dire, où les amygdales ne sont pas tuméfiées. L'enanthème, qui est parfois si fugace et d'une coloration si pâle, est plus souvent d'un rouge de framboise ; il peut s'accompagner d'une tuméfaction inflammatoire du voile du palais et des piliers, assez intense pour aboutir à la purulence. M. Cadet a dû une fois ouvrir un abcès du voile du palais dans ces conditions.

L'angine amygdalienne peut être constituée par un simple gonflement avec rougeur écarlate des tonsilles. Mais il est plus fréquent de voir sur ces organes un enduit *pultacé*, d'un blanc plus ou moins franc, mais dont la caractéristique est la mollesse et le défaut d'adhérence : on le détache sans peine avec le doigt, le manche de la cuillère ou un pinceau. Il est constitué d'un amas de cellules épithéliales desquamées. Lasègue y voyait la conséquence d'une éruption miliaire analogue à celle de la peau et dont les vésicules par leur confluence donnaient naissance à la concrétion. Il attribuait à la même origine certaines érosions ou anfractuosités superficielles des amygdales, qui se réparent rapidement, et qui n'ont rien de commun avec les pertes de substance étendues et profondes que la chute des exsudats membraneux laisse quelquefois après elle.

Mais, outre les angines érythémateuse et vésiculeuse, on voit, dans la scarlatine, des productions pseudo-membraneuses recouvrir le pharynx et l'isthme du gosier, et c'est à propos de ces productions que le désaccord a toujours existé entre des auteurs de grande autorité au point de vue du diagnostic et du pronostic. Sont-elles toujours des manifestations de la diphthérie ? S'agit-il tantôt d'une angine diphthérique vraie, tantôt d'une angine purement scarlatineuse, quoique également accompagnée de fausses membranes ?

Une monographie récente, due à M. Victor Odent, vient de poser à nouveau cette question, et l'autorité du maître qui l'a inspirée, M. Legroux, médecin de l'hôpital Trousseau, la signale à notre attention d'une façon particulière. Disons de suite que, conformément à l'opinion brièvement, mais nettement formulée déjà par Graves, Rilliet et Barthez, l'auteur conclut à l'existence de deux variétés d'angines pseudo-membraneuses au cours de la scarlatine.

II.

Lorsque *la diphthérie vraie* vient compliquer la scarlatine, ce n'est pas au début, en général, mais du septième jour (Picot) au dixième (Trousseau), et même au quatorzième jour (Jaccoud). C'est, par conséquent, après la défervescence et après la disparition de l'exanthème.

La diphthérie peut même se montrer alors que le malade est en pleine convalescence, un mois après le début. Il s'agit, en somme, de deux infections se succédant à court intervalle : « Il y a dans le pharynx, du fait de la scarlatine, une lésion qui ouvre une porte naturelle à l'envahissement par la diphthérie ; la localisation de celle-ci, au moins primitivement, est la conséquence naturelle de l'angine scarlatineuse simple du début de la maladie. » (Odent.)

On ne peut surpasser la description que Trousseau a donnée de l'invasion de l'angine diphthéritique : « Chez un scarlatineux arrivé au huitième ou au neuvième jour de sa maladie, la fièvre est tombée, l'éruption a disparu et l'on rassure la famille. Tout à coup, un engorgement considérable se montre à l'angle des machoires ; il n'occupe pas seulement cette région, il s'étend au cou et à une partie de la face ; un liquide sanieux, fétide, très abondant, s'écoule des fosses nasales ; les amygdales sont volumineuses, l'haleine exhale une odeur insupportable, le pouls reprend une grande fréquence et le délire reparaît. »

La fausse membrane diphthéritique, si on suit dès le début sa formation, apparaît d'abord comme une mince pellicule blanchâtre, transparente, circonscrite, tranchant nettement sur la muqueuse du pharynx, restée plus foncée depuis l'angine scarlatineuse. On peut assez facilement détacher ce premier exsudat, mais bientôt il s'épaissit, devient gris jaunâtre, adhère de plus en plus et surtout s'étend aux parties voisines de l'isthme pharyngien, coiffe les amygdales, tapisse les piliers. Les fausses membranes se propagent aussi souvent au pharynx supérieur et aux fosses nasales. L'apparition d'un mucus sanieux à l'orifice externe de celles-ci est bientôt suivie d'excoriations de la muqueuse à ce niveau et du repli cutané du bord libre des narines et de la lèvre supérieure.

Il n'est pas rare de voir les tissus sous-jacents aux exsudats diphthéritiques se sphacéler profondément (angine nécrosique, de Henoch).

Trousseau a dit que la scarlatine n'aimait pas le larynx ; sa proposition est vraie si l'on compare la fréquence du croup morbilleux à la rareté du croup scarlatineux, mais l'existence de celui-ci ne peut être révoquée en doute ; ce qui est vrai surtout, c'est que les scarlatineux atteints de diphthérie ne succombent pas à l'asphyxie par sténose laryngée. Mais cela tient à ce que la mort arrive par suite de l'infection avant que la laryngite diphthéritique ait eu le temps de donner sa note symptomatique sous forme de dyspnée croupale.

M. Odent dit que la propagation de la fausse membrane diphthéritique dans la trompe d'Eustache et le pharynx doit être considérée comme exceptionnelle, si même elle existe, et c'est une des différences qu'il signale entre son évolution et celle de l'angine pseudo-membraneuse non diphthéritique.

Comme l'angine diphthéritique survient d'ordinaire, nous l'avons vu, après la défervescence de la scarlatine, il en résulte une courbe thermique caractéristique. La température était normale, la desquamation s'accomplissait ; soudain la température s'élève brusquement et en quelques heures remonte au-dessus de 39°.

La diphthérie a une allure d'autant plus infectieuse qu'elle apparaît à une époque plus rapprochée du début de la scarlatine. Plus la convalescence est avancée, plus le patient est vigoureux, et mieux il résiste naturellement à l'infection. Mais de toute façon le pronostic est des plus graves. M. le professeur Laboulbène a même écrit, dans son

Traité des affections pseudo-membraneuses (1861) : « La diphthérie venant succéder à la scarlatine produit toujours la mort. » Pourtant, M. Jaccoud (*Clinique de la Pitié*, 1886), rapporte un cas de guérison d'une angine diphthéritique survenue le treizième jour après l'éruption.

III

Voici maintenant les caractères que l'on peut assigner à l'*angine pseudo-membraneuse non dphthéritique*. L'époque de son apparition est précoce. Dans près de la moitié des cas analysés par M. Odent, elle s'est montrée le premier jour après l'éruption. Fréquemment on l'a constatée le deuxième jour.

Dans un cas elle a semblé débuter quelques heures seulement après l'enanthème. Jamais, et c'est là un point important à retenir, la pseudo-membrane ne s'est montrée après le troisième jour.

Au point de vue étiologique, on ne peut dire sous quelle influence ces productions pseudo-membraneuses se développent dans certains cas de scarlatine.

Dans les hôpitaux d'enfants, la seule angine pseudo-membraneuse qu'il nous soit donné de voir est la diphthéritique; mais on sait que la diphthérie, nous le disions récemment à propos de la rougeole, est l'épée de Damoclès constamment suspendue sur tous nos petits hospitalisés. Depuis que j'observe à l'hôpital des Enfants, chaque fois que j'ai constaté un exsudat pseudo-membraneux sur les amygdales d'un petit scarlatineux, je me suis pris à espérer qu'il ne s'agissait pas de la diphthérie, et avant de faire passer l'enfant au pavillon d'isolement j'ai attendu quelques heures. On répugne à envoyer dans le foyer diphthéritique un scarlatineux dont l'angine est encore douteuse ; car, s'il n'a pas encore la diphthérie, on est certain qu'on va la lui faire prendre. Mais à la visite suivante il a toujours fallu signer le passage, les fausses membranes s'étant épaissies, étendues, les ganglions s'étant tuméfiés, bref le diagnostic de diphthérie vraie s'imposant.

M. Odent fait remarquer que les cas d'angines pseudo-membraneuses non diphthéritiques ont presque toujours été observés par groupes dans une même épidémie. Les quatre observations qu'il a recueillies personnellement ont été vues par lui simultanément dans un pensionnat d'Arcueil. M. Odent incline à admettre avec M. le professeur Laboulbène (loc. cit.) que l'apparence des fausses membranes se modifie beaucoup suivant le génie épidémique : « Tantôt il existe un simple enduit blanchâtre, d'autres fois de fausses membranes plissées ou épaisses, ou bien une véritable couenne. »

Les symptômes de l'angine scarlatineuse vulgaire sont presque nuls ; Lasègue disait qu'elle est d'une indolence remarquable. D'après Odent, quand l'angine scarlatineuse doit revêtir l'aspect pseudo-membraneux, elle devient d'allure beaucoup plus bruyante ; la dysphagie est considérable, la déglutition cause une douleur extrême.

Les ganglions se tuméfient beaucoup plus que dans l'angine scarlatineuse ordinaire, mais sans atteindre ce développement excessif qui caractérise la diphthérie, et s'accompagne d'une infiltration diffuse du tissu cellulaire du cou (le cou proconsulaire, de Saint-Germain); tantôt c'est après la chute de l'exsudat pultacé de l'angine vulgaire qu'on voit au-dessous apparaître l'aspect pseudo-membraneux, tantôt celui-ci se constitue d'emblée. En tout cas ses caractères sont les suivants. Il apparaît sur une muqueuse cramoisie, tranchant par sa couleur blanchâtre sur un fond livide. L'angine pseudo-membraneuse devient rarement sanieuse et jamais gangréneuse. Elle n'a aucune tendance à envahir le larynx; au contraire, elle remonte souvent dans les fosses nasales, et surtout elle a une tendance à se propager vers la trompe d'Eustache et la caisse du tympan, ce que ne fait pas la diphthérie.

La propagation de la fausse membrane non diphthéritique à l'oreille moyenne, déjà signalée par quelques otologistes, était jusqu'ici peu connue. Burckardt Mérian (1881, *Arch. für Kinderheilkunde*) a dit : « Les cas de scarlatine avec propagation pseudo-membraneuse dans la caisse, par la trompe d'Eustache, sont communs. Ce processus morbide est redoutable pour l'appareil auditif, mais il comporte un processus bénin pour la vie du malade. »

M. Odent, qui l'a notée trois fois sur onze cas, décrit ainsi l'otite pseudo-membraneuse :

« Elle s'accuse par une douleur plus ou moins vive, quelquefois très intense. La surdité est presque toujours complète : au bout de quelques jours, la membrane du tympan se perfore, et sous l'influence d'injections détersives pratiquées par le conduit auditif externe, on peut voir sortir d'abondantes fausses-membranes, qui révèlent à l'observateur la nature de l'inflammation de l'oreille. Cette complication peut être unilatérale ou bilatérale et s'est toujours terminée par la guérison du malade avec persistance d'une surdité complète. »

Sans vouloir contester l'importance des distinctions établies par M. Odent entre la fréquence de l'otite pseudo-membraneuse dans l'angine pseudo-membraneuse non diphthéritique et sa rareté dans l'angine diphthéritique vraie, je dois dire que je ne puis considérer l'otite diphthéritique vraie comme si exceptionnelle ; j'en ai vu plusieurs cas dans des diphthéries authentiques et, dans ce journal même j'en ai publié l'année dernière (Voir *Concours Médical*, 1886), deux cas qui n'ont pas été suivis d'une surdité définitive.

L'angine pseudo-membraneuse non diphthéritique apparaissant pendant l'éruption de la scarlatine, la fièvre continue pendant toute la durée de la complication angineuse, puis décroît et s'éteint par lysis après avoir duré de 7 à 9 jours ; elle cesse en général au moment où commence la desquamation.

Mais ce qui distingue surtout l'angine pseudo-membraneuse non diphthéritique de la diphthéritique, c'est la bénignité presque constante du pronostic. La guérison est la règle et n'est pas suivie de paralysies.

En résumé, on peut voir survenir dans la scarlatine deux sortes d'angine pseudo-membraneuse, qu'il est presque impossible de différencier anato-

miquement, les fausses membranes ayant à peu près le même aspect et la même structure. Peut-être l'examen bactériologique pourra-t-il permettre de les distinguer, lorsque les propriétés pathogènes du microbe de Lœffler auront été établies péremptoirement).

Mais, cliniquement, on peut accepter les différences suivantes :

L'angine diphthéritique vraie est le résultat de la contagion ; elle se montre dans les milieux infectés de diphthérie ; de là pour le médecin qui soigne des scarlatineux l'obligation de les éloigner avec sollicitude de tout voisinage suspect et de maintenir aseptique la gorge de ses malades, même quand ils n'ont eu au début qu'une angine légère, afin que la diphthérie ait moins de facilité à s'y greffer. Elle apparaît après la défervescence de la scarlatine ou pendant la convalescence. Elle s'accompagne de symptômes d'infection générale et profonde et cause le plus souvent la mort.

L'angine pseudo-membraneuse non diphthéritique est sous la dépendance directe de la scarlatine, sans qu'on puisse dire pourquoi l'exsudat revêt alors l'aspect membraneux et non pultacé ; elle apparaît du premier au troisième jour de l'éruption, cause d'assez vives douleurs locales, mais guérit toujours.

IV

Il reste à parler du traitement des diverses manifestations angineuses que nous venons de décrire.

Toute angine, même simple, doit être soignée dans la scarlatine.

Si la douleur qui accompagne la fluxion est vive, les pulvérisations avec la cocaïne à 1/100 ou les badigeonnages avec la solution à 1/25 peuvent être utilisés. On pourra ainsi rendre moins pénibles les attouchements avec un pinceau imbibé de jus de citron, qu'on fera bien de pratiquer plusieurs fois par jour dès qu'il y aura un exsudat pultacé sur les amygdales.

Nous avons employé avec avantage le gargarisme suivant : Borate de soude 6 gr. ; teinture de benjoin 10 gr. ; infusion de feuilles de ronce 250 gr. — pour maintenir l'asepsie du pharynx. Des injections ou gargarismes, avec l'acide borique à 3 % sont bonnes aussi. De préférence les liquides doivent être tièdes.

Si la diphthérie vraie s'est installée, il y a peu d'illusion à se faire sur l'efficacité du traitement ; cependant les inhalations et vaporisations antiseptiques, suivant la méthode de Renou (de Saumur), ou les cautérisations avec l'acide phénique concentré uni au camphre, suivant celle de Soulez (de Romorantin), dont nous avons parlé dans de précédents articles, conjointement avec les toniques et l'alimentation forcée, sont encore ce qu'il y a de mieux à faire. Pour ce qui est de cette dernière méthode, nous avons encore vu récemment un cas où, appliquée par M. Gaucher, médecin des hôpitaux, elle a été suivie d'une prompte guérison ; son principal inconvénient est d'être horriblement douloureuse et par conséquent presque impossible à instituer chez les enfants.

P. Le Gendre,
Chef de clinique adjoint.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 juillet 1887.

M. Pasteur a été élu secrétaire perpétuel pour les sciences physiques en remplacement de M. Vulpian.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 juillet.

Le surmenage intellectuel.

M. *Hardy* a insisté sur certaines des critiques adressées par les précédents orateurs à notre mode d'éducation secondaire ; la mauvaise aération des dortoirs, l'insuffisance du sommeil, l'internat dans les villes, la complexité des programmes.

M. *Lancereaux* a prononcé un discours remarquable, pour démontrer que le surmenage intellectuel proprement dit est plus rare que ne paraissent le croire ses collègues. Le mépris des règles de l'hygiène physique est bien plutôt la cause des maladies aiguës et chroniques constatées chez nos collégiens.

C'est un tort, comme l'a fort bien fait remarquer M. Colin (d'Alfort), d'attribuer au surmenage intellectuel la plupart des désordres pathologiques observés chez les jeunes gens de nos écoles ; et, s'il est possible de lui en imputer quelques-uns, il ne faut pas moins reconnaître que le plus grand nombre lui sont étrangers et proviennent de tendances héréditaires, d'un accroissement excessif, d'une aération ou d'une alimentation insuffisantes, et enfin d'une hygiène défectueuse.

Ainsi, l'imperfection de développement des enfants des grandes villes, dont notre éminent collègue M. Brouardel a tracé un si brillant tableau, n'a rien à faire avec le surmenage, et si l'encombrement et la sédentarité contribuent à le produire, sachons qu'il est avant tout l'effet d'une tare héréditaire engendrée par la tuberculose ou par l'alcoolisme. Pour le prouver, il nous suffit de faire observer que l'infantilisme existe à la campagne comme à la ville, et qu'il s'observe principalement, sinon uniquement, chez les descendants des individus atteints des maladies en question.

D'un autre côté, plusieurs des accidents rattachés au surmenage par mes très distingués collègues les docteurs Lagneau et Peter, tels que migraines, épistaxis, etc., ne sont aussi le plus souvent que des effets de l'hérédité se manifestant au moment de la puberté, et, ce qui porte à le croire, c'est que ces phénomènes apparaissent en général avec de l'acné, de l'angine granuleuse, la blépharite ciliaire et autres désordres essentiellement héréditaires.

L'accroissement rapide et excessif du corps, qui survient vers l'âge de 15 à 18 ans, est enfin une des circonstances qui prédisposent pour une large part au développement de la phthisie pulmonaire surtout chez les individus dont l'alimentation laisse à désirer, et cela sans que le travail intellectuel y joue le moindre rôle. D'autres causes très diverses peuvent encore entraver le bon état de santé des jeunes gens durant leurs études, mais il serait trop long de les détailler, et je tiens à ne pas abuser des instants de l'Académie.

Je me bornerai à rechercher les effets des trois grandes influences qui sont plus spécialement en jeu dans la question qui nous occupe, à savoir : l'encombrement, la sédentarité et le surmenage intellectuel ; c'est du reste là le vrai moyen d'arriver à des conclusions pratiques et utiles.

L'encombrement, c'est-à-dire l'insuffisance du

principe respirable, l'air confiné, l'absence d'oxygène, n'est là une condition pernicieuse par excellence, parce qu'elle a pour effet presque fatal d'engendrer chez les personnes jeunes et en voie d'accroissement, une insuffisance des moyens réparateurs et de mettre l'organisme, au bout d'un certain temps, en état de réceptivité morbide.

Nos honorables collègues nous ont déjà parlé de la tuberculose survenant dans ces conditions, et ils l'ont attribuée surtout au surmenage intellectuel; mais la preuve que celui-ci n'a pas, dans la circonstance, un rôle prépondérant, c'est que la tuberculose du jeune homme qui exerce son cerveau est identique à celle du jeune homme et de la jeune fille trop étroitement logés, ou à celle de l'individu qui travaille manuellement dans un atelier encombré et dont le cerveau est à peine occupé.

Dans tous ces cas, en effet, la maladie se localise presque invariablement à l'un des côtés du thorax, et surtout au côté gauche, au bord antérieur du poumon plutôt qu'à son bord postérieur, revêt une forme pneumonique, s'accompagne fréquemment de fièvre et présente presque toujours une marche aiguë.

La sédentarité a des effets qui d'ordinaire s'ajoutent à ceux de l'encombrement; aussi la tuberculose résulte-t-elle le plus souvent de la combinaison de ces deux ordres de causes, qui exercent plus spécialement leur action funeste sur les jeunes gens venus de la province et qui avaient contracté l'habitude du mouvement et de la vie au grand air. Nul doute que la phthisie ne se développe dans toutes les maisons d'éducation où se rencontrent ces conditions mauvaises d'hygiène, et plusieurs fois nous avons été appelé à donner notre avis sur des maladies de poitrine contractées de la sorte. Heureusement, les faits de ce genre sont relativement rares et ne se constatent guère dans les maisons où les dortoirs et les salles d'études sont vastes et aérés. En effet, désirant me rendre compte du degré de fréquence de la tuberculose, de celle des centres nerveux en particulier, dans le lycée auquel je suis attaché, j'ai demandé le relevé des principales maladies qui y ont été soignées depuis 20 ans. Or, dans ce lycée, qui prépare spécialement à l'École normale et à l'École polytechnique, où par conséquent le cerveau des élèves est surexcité par le travail, savez-vous combien de cas de méningite ont été observés depuis cette époque sur un personnel de 550 à 680 internes? Un seul.

Pendant la même période de temps, sept élèves ont été atteints d'hémoptysie, mais sur ces 7, 6 accusaient des antécédents tuberculeux.

Ajoutons qu'un créole est retourné dans son pays, où il est mort de phthisie. On compte en outre dans cet établissement, pour le même nombre d'années, 40 cas de fièvre typhoïde déclarés presque uniquement chez des jeunes gens venus depuis quelques mois seulement au lycée pour terminer leurs études. Ce chiffre est relativement peu élevé, vu surtout les graves épidémies qui ont sévi dans la capitale pendant ces dernières années, et on admettra avec moi que la santé de nos lycéens est moins menacée qu'on ne le croit aujourd'hui.

Est-ce à dire cependant que le surmenage intellectuel n'existe pas? Qu'il ne se rencontre jamais? Telle n'est pas ma pensée; je tiens seulement à réagir contre ce qui en a été dit, et comme l'honorable M. Colin, je ne puis lui attribuer la myopie, l'anémie, la déviation de la colonne vertébrale, la distorsion des épaules et beaucoup d'autres accidents encore, tels que lésions dentaires, paralysie générale, etc., dont notre distingué confrère M. Lagneau le rend responsable. Le savant discours prononcé par notre collègue dans cette enceinte est rempli de citations très précises, mais il me faut faire observer que la plupart reposent sur de simples assertions et dont quelques-unes même émanent de personnages étrangers à la médecine.

Le surmenage intellectuel chez nous se rencontre plutôt dans les pensionnats de jeunes filles que dans les lycées de garçons; cela tient à la trop grande extension données aux programmes d'études et à cette prétention vaniteuse et aveugle des parents de toutes conditions, qui veulent que leur fille ait ses diplômes, et cela sans s'occuper de ses goûts, de ses aptitudes et du rôle qu'elle doit jouer dans la société.

La fatigue intellectuelle chez les jeunes gens ne se produit guère qu'au moment des concours et des examens, surtout lorsqu'il s'agit de l'admission aux écoles du gouvernement.

Les natures fortement trempées peuvent, sans inconvénient, subir les études préparatoires et les cours de l'école; mais d'autres, moins douées ou réfractaires à certain genre de travail, sont accablées par la somme démesurée d'application et d'efforts qu'elles ont à donner, et elles succombent sous le poids du fardeau ou immédiatement, ou plus tard. Le corps devient malade et aussi le cerveau; l'intelligence ayant donné d'un seul coup plus qu'elle ne pouvait, demeure inerte et impuissante durant tout le reste de l'existence.

En dehors de ces conditions, le surmenage est chose rare. Les phénomènes qui le caractérisent intéressent spécialement le système nerveux et par son intermédiaire s'étendent à la plupart des organes.

La céphalalgie est un de ses effets; mais notre savant collègue, M. Perrin, a fait observer avec raison que ce phénomène a fréquemment son point de départ dans l'appareil oculaire, et qu'il est loin d'indiquer toujours une fatigue cérébrale. La difficulté de penser, l'inaptitude au travail de l'esprit sont d'autres phénomènes, auxquels vient s'ajouter la fatigue corporelle; mais les accidents les plus communs, en pareil cas, sont ceux que présente la fonction gastrique. Les digestions sont pénibles, suivies de pesanteur de tête, de malaise, de palpitations, de gonflement à l'épigastre et d'éructations.

C'est une dyspepsie avec flatulence, qui tantôt reste simple, tantôt est accompagnée d'un état saburral de la langue avec fétidité de l'haleine, dégoût des aliments et surtout de la viande, fatigue et courbature générales, tristesse et hypochondrie, amaigrissement progressif, parfois un état fébrile se manifestant vers le soir, et ne donnant lieu qu'à une faible élévation de température. Cet ensemble de phénomènes, qui peut se prolonger durant des semaines, est sans danger et d'ailleurs n'est pas spécial aux personnes fatiguées par le travail intellectuel, toute cause morale peut encore le produire.

De l'analyse qui précède, il résulte que le surmenage, dégagé de tout ce qui peut le compliquer, n'est ni aussi redoutable, ni aussi fréquent que le pensent plusieurs de nos collègues, et que l'hygiène de nos écoles mérite l'attention plus que l'excès de travail de nos écoliers. Il me faut reconnaître cependant que les programmes souvent trop chargés, même dans les classes inférieures, ne sont pas toujours proportionnés au développement intellectuel des élèves.

En somme, nous devons chercher à préserver la

jeunesse de nos écoles de tout ce qui peut s'opposer à son parfait développement et faire tous nos efforts pour la rendre valide et forte.

Demandons donc aux pouvoirs publics que l'air et la lumière lui soient distribués aussi largement que possible, qu'il y ait des lois pour préserver de l'encombrement l'écolier dans son étude, aussi bien que l'ouvrier dans son atelier. Demandons que la nourriture soit conforme à l'âge et aux besoins de l'organisme, que le corps soit exercé par la gymnastique et les exercices. Demandons aussi que les programmes d'études soient réduits et mis en rapport avec l'âge des élèves ; mais que ces réformes utiles ne nous fassent pas oublier que le travail est un des principaux ressorts de l'hygiène, qu'il fortifie, console, moralise et conserve l'homme et que l'enfant, c'est l'homme qui commence.

M. *Lagneau* répond aux critiques que les divers orateurs ont adressées à sa communication. Dans la séance prochaine il lira les conclusions de la commission.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Éclaircissements relatifs au privilège des honoraires pour dernière maladie.

Votre client a succombé, mon cher docteur, malgré les soins intelligents dont vous l'avez entouré. Sa fortune étant aussi compromise que sa santé, les assignations, les notes des fournisseurs et la vôtre pleuvent à la maison mortuaire, au grand déplaisir des héritiers, qui espéraient recueillir une succession opulente.

Apposition des scellés, acceptation de l'héritage sous bénéfice d'inventaire, nomination d'un notaire liquidateur et réalisation de l'actif du défunt : cela demande bien deux années, et encore ?

On va distribuer les deniers. Mais qui en profitera, s'il n'y en a pas pour tout le monde ?

Rassurez-vous : votre créance est préférée à celle de beaucoup d'autres créanciers, et vous jouissez d'un privilège sur la généralité des meubles de votre débiteur, et même sur ses immeubles, en cas d'insuffisance du mobilier.

L'étude de ce privilège offre peut-être quelque intérêt, puisqu'il doit aboutir à vous faire payer.

L'Écriture sainte nous marque qu'il faut honorer les médecins : « *Honora medicum propter necessitam.* » En effet, n'est-il pas juste d'honorer ceux qui consacrent leur vie à conserver celle des autres ?

Les mauvaises plaisanteries que l'on a répandues contre eux dans tous les temps, n'ont pas empêché que les Empereurs romains ne leur aient accordé non seulement l'exemption des charges publiques, mais aussi de nombreux privilèges. (Code Théodosien. — Titre III. — Livre XIII.)

Plus tard, ces exemptions et ces privilèges ont été confirmés par les ordonnances royales. (Art. 125 de la *Coutume de Paris*.)

Enfin, si le Code civil n'a pas maintenu, au profit des médecins, toutes ces prérogatives de l'ancien droit, il leur a accordé tout au moins un privilège pour le recouvrement de leurs honoraires (Art. 2101, § 3 du Code civil).

C'est un motif d'humanité et un motif de justice qui ont déterminé ce privilège. Il ne faut pas, d'une part, que le pauvre soit abandonné durant sa maladie et, d'autre part, les médecins méritent d'être récompensés en raison du dévoûment qu'ils mettent au service de tous.

Quelle est l'étendue du privilège qui leur est accordé ?

Le privilège se trouve restreint aux frais de la maladie dont le débiteur est mort : il ne s'applique pas, par conséquent, ni aux maladies des enfants ou proches parents du débiteur, ni à une maladie du débiteur lui-même, mais dont il a guéri.

C'est bien bizarre, direz-vous, de faire au médecin dont le malade est mort une situation préférable à celle du médecin qui l'a guéri.

Je suis de cet avis : mais le texte de la loi est positif et il ne s'agit pas de le corriger, mais de l'interpréter.

Dans l'ancien droit, Pothier et Brodeau ont soutenu que le privilège n'existait que pour les frais de la maladie suivie du décès du débiteur. Cette doctrine a été acceptée par les rédacteurs du Code civil. Remarquez les expressions dont ils se sont servis : frais de *la* dernière maladie, et la place qu'ils ont assignée à ce privilège, immédiatement après les frais funéraires (art. 2101 § 2). Cette précision du texte, et cette corrélation d'idées montrent qu'ils n'entendaient pas innover sur ce point. Enfin, les privilèges sont de droit étroit et ne peuvent être étendus au delà des cas pour lesquels ils ont été limitativement établis.

Telle est la jurisprudence de la Cour de cassation sur cette question qui a soulevé de vives controverses dans la doctrine. Il serait téméraire de penser qu'elle se modifiera dans un sens plus favorable aux médecins. Vous pouvez tenter de l'y amener : on réussit rarement ; mais en revanche cela coûte toujours fort cher.

Le privilège dont il s'agit couvre toute espèce de dépenses faites dans le cours et pour le traitement de la maladie à laquelle le débiteur a succombé.

Il y a, toutefois, une distinction à faire entre les dépenses nécessaires ou simplement utiles, et les dépenses de fantaisie. Les premières, quelle qu'en soit d'ailleurs l'importance, devront toujours profiter du privilège ; les secondes ne participeront à cette faveur qu'autant qu'elles ne sont pas hors de proportion avec la fortune du ou de la *de cujus*, et qu'elles ont été provoquées par la nature même de la maladie.

Comme les médecins ne sont point seuls à être appelés à donner des soins aux malades, il en résulte que les chirurgiens, les pharmaciens, les sages-femmes et les gardes-malades jouissent du privilège.

On doit considérer aussi comme privilégiés les sommes dues à un établissement thermal pour frais de cure. Mais le privilège ne garantirait point les frais de logement et de pension dus à l'établissement, parce qu'ils n'ont pas le traitement pour cause directe.

Les empiriques ont lutté pour jouir de ce privilège, mais ils ont succombé, leur créance provenant d'un fait illicite (exercice illégal de la médecine), non seulement n'est pas privilégiée, mais n'a pas d'existence civile ; ils n'ont aucune action pour en exiger le payement.

Qu'arriverait-il dans l'hypothèse où la maladie dont le débiteur est mort serait une maladie chronique, comme la phthisie par exemple, qui a duré plusieurs années : tous les frais seront-ils privilégiés ?

Non. Le privilège serait restreint aux dépenses faites depuis l'époque où la maladie s'est aggravée

au point de menacer d'une mort certaine, c'est une question que le juge arbitrera.

Il est sage, dans ce cas, de prendre des arrangements amiables avec les héritiers, car mauvais arrangement vaut mieux que bon procès.

L'INTIMÉ.

(*Le Poitou médical.*)

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Du traitement médical de la fissure anale par la cocaïne.

M. Mendel commence par cautériser la surface malade avec le nitrate d'argent, après l'avoir badigeonnée avec un pinceau imbibé de la solution de chlorhydrate de cocaïne à 5 p. 100. Il prévient ainsi, dit-il, la douleur causée par le caustique. Il prescrit ensuite au malade d'appliquer, surtout après l'acte de la défécation, la pommade suivante : acide borique, 2 grammes ; chlorhydrate de cocaïne, 1 gramme, et lanoline 20 grammes.

Dans l'intervalle des défécations, on panse la plaie avec une tente enduite de cette pommade et on prévient la constipation par l'usage des purgatifs salins. De plus, à plusieurs reprises dans la journée, on déterge la surface de la fissure par des lavages à l'eau boriquée à 3 p. 100. M. Mendel obtiendrait ainsi la guérison des fissures dans l'espace d'un à deux septénaires.

(*Monit. thér.*, d'après *Deut. med. Zeitung.*)

CORRESPONDANCE

Injections sous-cutanées d'antipyrine.

Colombey-les-Belles, le 3 juillet 1887.

Monsieur le Rédacteur,

Les injections sous-cutanées sont aujourd'hui à la mode, injections de morphine, injections mercurielles, d'eucalyptol, ou autres.

Depuis un an bientôt, j'emploie les injections sous-cutanées d'antipyrine ou de diméthyloxyquinisine, chez mes malades atteints de douleurs rhumatismales ou goutteuses, et chez presque tous j'obtiens un calme rapide ; mais ce qui est plus intéressant, c'est la disparition, en peu de temps, des engorgements articulaires. Je n'ai pu les enrayer que deux fois chez des ataxiques souffrant de douleurs violentes, et tous deux ont été calmés rapidement.

Il y a une douleur vive, dont sont atteints les terrassiers de chemin de fer occupés à charger les wagonnets et que je soigne tous les jours, comme médecin de la compagnie de l'Est, qui disparaît très vite sous l'influence de ces injections. Cette douleur est située à la pointe de l'omoplate, s'irradiant souvent dans le cou et l'épaule. Jusqu'alors j'employais le traditionnel vésicatoire morphiné, la friction ou l'injection de morphine, mais le résultat était loin d'être aussi rapide et aussi certain.

Enfin, j'ai eu occasion d'injecter 5 fois, des individus souffrant de douleurs intercostales provoquées par l'herpès zona ou feu de Saint-Antoine ; le calme et la guérison ne se sont pas fait attendre. Dans huit cas de sciatique, même résultat, mais cependant deux insuccès : une des malades a refusé une 2e injection. J'aurais voulu employer ce traitement dans quelques cas de migraine bien franche, mais les malades s'y sont refusés ; c'étaient des femmes auxquelles la vue de l'instrument a fait peur. Je crois que le succès serait aussi certain à l'aide des injections d'antipyrine et bien plus rapide.

Je les essayerai à la première occasion ; le difficile est de trouver un sujet docile et, cependant, ces injections sont inoffensives et très peu douloureuses.

Veuillez agréer, etc.

Dr LEBERT.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Association Professionnelle médicale de Belfort.

Assemblée générale du 15 Mai 1887, à Belfort.

A la suite d'un banquet amical, la séance est ouverte à 2 heures, dans une des salles de l'hôtel de l'*Ancienne Poste*. Sont présents : MM. Bardy, Bubendorf, Clément, Courtet, Duvernoy, Lamy, Luc, Nidergang et Taufflieb. Se sont excusés par lettres : MM. Lorber, de Beaucourt, Lorber, de Fesches-le-Chatel, Desprez et Gromier, représentés par M. Bardy ; Benoît et Grellot, représentés par M. Taufflieb.

M. le Dr Bardy, aux termes de l'article 9 des statuts, prend la présidence de l'assemblée, comme étant le plus âgé des assesseurs. Il annonce que l'Association a obtenu l'adhésion de MM. Benoît, de Giromagny, Clément, de Montreux-Château, et Lamy, de Foussemagne. Il déclare ces confrères admis — ce qui porte à 16 le nombre des membres de la Société.

Le bureau devant être renouvelé à la réunion de mai, on procède au vote. Sont élus :

Président : M. le Dr Luc, de Belfort.

Assesseurs : M. le Dr BARDY de Belfort.

M. le Dr TAUFFLIEB, de Giromagny.

M. Bardy restera chargé du secrétariat et de la trésorerie.

M. le secrétaire donne lecture d'une lettre de M. le Dr Grisez. M. Grisez dit qu'il ne peut pas s'absenter le dimanche et que, ce jour étant choisi par la Société pour ses réunions, il ne peut pas y assister. Il prie donc l'assemblée d'accepter sa démission de membre de l'Association. A l'unanimité, l'assemblée, refusant d'accepter la démission de M. Grisez, le prie de vouloir bien la retirer et décide que la prochaine réunion aura lieu un jeudi et dans la suite alternativement un dimanche et un jeudi.

M. le trésorier expose la situation financière de l'année 1886 :

Les recettes se sont élevées à fr.	91 »
Les dépenses à	34 90
Reste en caisse fr.	56 10

Ces comptes sont approuvés.

En exécution de l'article 12 des statuts, M. le tré-

sorier perçoit les cotisations des membres présents pour 1887 et les droits d'entrée des nouveaux adhérents et leur en délivre reçu.

L'ordre du jour appelle la question des certificats de décès réclamés par les municipalités. M. Bardy expose la façon dont ces constatations se font à Paris, et montre les modèles des imprimés envoyés au médecin traitant, qui peut indiquer la maladie dont est mort son client, tout en sauvegardant le secret professionnel. Il propose l'adoption d'un procédé analogue et adapté selon les circonstances particulières du territoire. M. Bardy est chargé de s'entendre à cet effet avec la municipalité de Belfort et avec la Préfecture, au sujet des autres communes. En attendant, les causes de décès ne seront pas indiquées dans les certificats demandés par les municipalités.

La question des certificats *post mortem* demandés au médecin traitant par les Compagnies d'assurances sur la vie, a déjà été portée devant plusieurs tribunaux, et résolue en faveur du secret professionnel, et du refus de ce certificat. Plusieurs de ces certificats ont déjà été demandés à quelques-uns d'entre nous et refusés impitoyablement ; malgré cela, les Compagnies ont payé ce qu'elles devaient.

Après avoir délibéré, l'assemblée décide que tout certificat demandé au médecin traitant par une Compagnie d'assurances-vie, en vue de connaître les causes de la mort de l'assuré, doit être refusé d'une façon absolue et en toutes circonstances.

Il en sera de même du certificat demandé par les mêmes Compagnies constatant les antécédents morbides et l'état actuel de santé d'un client qui désire contracter une assurance. Le médecin-expert doit seul toute la vérité à la Compagnie qui l'a désigné ; le médecin traitant, qui est lié envers son client par le secret professionnel, doit le silence et l'abstention.

L'ordre du jour appelle la question des Compagnies d'assurances contre les accidents et des soins à donner aux blessés assurés par elles.

Les Compagnies laissent à dessein planer une certaine ambiguïté à ce sujet dans les polices d'assurances et dans les instructions données aux médecins experts.

Il est évident que, vu la modicité des honoraires alloués par les Compagnies aux médecins-experts désignés par elles (5 ou 6 fr.), ces honoraires ne sont destinés qu'à solder les deux certificats exigés : celui de blessure et celui de guérison ; qu'il n'est pas admissible que les médecins-experts doivent pour ce prix aux assurés les soins pendant toute la durée de leur maladie.

Après délibération, l'Assemblée décide que le médecin-expert d'une Compagnie d'assurances contre les accidents, ne doit, pour les honoraires qui lui sont alloués par la Compagnie pour son expertise, que les deux certificats : celui de sinistre et celui de guérison, et la surveillance du blessé pendant la durée de la maladie ; que les honoraires pour les soins donnés au blessé sont à la charge du blessé ou de son patron, à moins de convention expresse débattue entre le médecin et la Compagnie, et qu'à l'avenir, ces honoraires seront réclamés par les membres de l'Association.

Sur la demande de quelques confrères, un certain nombre de noms sont inscrits au *Livre noir*.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,
Dr BARDY.

NOUVELLES

Le concours pour les hôpitaux de Paris (chirurgie) s'est terminé par la nomination de MM. *Tuffier* et *Picqué*. Nos félicitations à ces sympathiques confrères.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES.— Le prince de Monténégro, qui vient de faire une cure à Vichy, avec plusieurs personnes de sa famille, a remis avant son départ les insignes de son ordre à son médecin, le Dr *Grellety*, notre collaborateur.

LÉGION D'HONNEUR.— Ont été promus ou nommés à l'occasion du 14 juillet :

Au grade de commandeur : M. le professeur Sappey, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine

Au grade d'officier : MM. les professeurs Lannelongue et Duplay ; M. le docteur Le Roy des Barres, chirurgien résident de la Maison d'éducation de Saint-Denis.

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Mathias Duval, professeur à la Faculté de Paris, Hecht, professeur à la Faculté de Nancy, MM. les docteurs Tapret, médecin des hôpitaux, Terrillon, chirurgien des hôpitaux, Gouel (de Paris,) Dechaux (de Montluçon), Espiau de Lamaestre (de Ville-Evrard).

— Par arrêté ministériel, en date du 10 juillet 1887, ont été nommés :

1° *Officiers de l'instruction publique*.— MM. Damaschino et Lannelongue, professeurs à la Faculté de médecine de Paris ; — Coustan, médecin-major de première classe au 122e d'infanterie ; — Poisson, aide-naturaliste au Muséum ; — Strapart, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine de Marseille ; — Coyne, professeur à la Faculté mixte de médecine de Bordeaux ; — Paquet, professeur à la Faculté mixte de médecine de Lille ; — Gayet, professeur à la Faculté mixte de médecine de Lyon ; — Lemaistre, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine de Limoges ; — Motais, ancien chef des travaux anatomiques à l'Ecole préparatoire de médecine d'Angers ; — MM. les docteurs Bélugou, à Lamalou-les-Bains ; — Hospital, à Clermont-Ferrand ; — Mme Brès, docteur en médecine à Paris.

2° *Officiers d'Académie*. — MM. Goulard, professeur à la Faculté mixte de médecine de Lille ; — de Lapersonne, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille ; — Morelle et Leroy, agrégés près la Faculté mixte de médecine de Lille ; — Cazeneuve, professeur à la Faculté mixte de médecine de Lyon ; — Weiss, professeur à la Faculté de médecine de Nancy ; — Queirel, ancien suppléant à l'Ecole de plein exercice de médecine de Marseille ; — Chevalliereau, Desmarres, Le Blond, Lissonde, Maranger, Mène, Morel Morisson, Nifot et Yvon, docteurs en médecine à Paris ; — Cunisset, professeur de physique à l'Ecole de médecine navale de Rochefort ; — Villiers-Moriamé, agrégé près l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris — MM. les docteurs Ferry de la Bellone, à Apt ; — Gouget, à Aix ; Laisney, à Coutances ; — Chopiuet, à Crépy-en-Valois ; — Dauzat, à la Bourboule ; — Dejeanne, à Bagnères-de-Bigorre ; — Doutrebente, à Blois ; — Albespy, à Rodez ; — Fournier, à Tours ; — Guillié, à Villeneuve-la-Guyard ; — Louveau, à Montmorency ; — Leclerc du Sablon, aide-naturaliste au Muséum ; — Richard, préparateur au Muséum ; — Berna et Seize, pharmaciens à Paris ; — Gourdel, pharmacien à Nanterre, et Roubaud, pharmacien à Marseille.

CHOLÉRA. — Le choléra vient de faire son apparition en Sicile et, d'après les nouvelles certaines, données par la *Deutsche med Wochenschrift*, du 14 juillet, s'est répandu dans toutes les parties de l'île.

Les derniers rapports du 8 au 11 juillet annoncent 200 atteintes à Catane, dont 140 morts. C'est la garnison qui souffre le plus de l'épidémie.

Il est fort probable que la Sardaigne n'a pu échapper à la contagion ; plusieurs cas suspects sont signalés.

Le choléra règne aussi dans le sud de la Russie. Ch. S. (*Union médicale*).

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St André, 3

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

SERVICES D'HYGIÈNE & DE MÉDECINE

dans les départements.

Parmi les réformes pratiques dont l'étude s'impose au pays et à ses administrateurs, il n'en est pas de plus urgente que la création d'un service d'Assistance *médicale, de secours médicaux mis à la portée des indigents.*

Les indigents qui ne reçoivent pas des soins en temps utile voient s'aggraver des affections qui auraient pu être enrayées au début et qui, non traitées, imposent ensuite de lourdes charges aux communes et au département, dans les hôpitaux.

Le service d'Assistance médicale devrait être, en même temps, le service départemental de surveillance contre les épidémies. Les combattre à leur début, c'est faire œuvre humanitaire et économique ; inutile d'insister, lorsqu'on s'adresse à des médecins.

Pour éviter les épidémies, il faut une inspection *continuelle, consciencieuse, localisée, des* écoles, *des* établissements *et des* logements insalubres ; *des* objets d'alimentation publique.

Pour établir ces diverses organisations, il faut de l'argent.

On lit dans une circulaire du Préfet du Calvados : « *On est trop porté, M. le Maire, à abuser, à cet égard, du désintéressement du médecin. Certes, il est grand, et vous avez pu le constater vous-même, si vous avez, dans votre commune, des nourrissons soumis à l'application de la loi Roussel. Mais c'est une grande erreur de s'imaginer que le médecin doit gratuitement son temps et ses soins. Lorsque la collectivité des intérêts réclame de lui un service qui profitera à tous, il faut que cette collectivité, dans la mesure de ses moyens, le rémunère. J'ajoute qu'elle y a avantage, car autrement, il lui serait difficile et même impossible de* contrôler son service.

Vient ensuite l'invitation aux maires de faire voter, par leurs conseils municipaux, un centime additionnel, pour constituer, avec la contribution départementale, divers services. Nous allons les énumérer :

1° *Constitution d'un bureau départemental d'hygiène à l'exemple et sur le modèle de celui qui a été conçu et organisé avec tant de succès par notre confrère et ami M.* Gibert, *du Havre, membre du Conseil de Direction du* Concours médical ;

2° *Organisation d'une* inspection médicale des écoles publiques ;

3° *D'une* inspection médicale des enfants assistés ou secourus ;

4° *D'un* service médical pour les indigents ;

5° *D'un* service des épidémies ;

6° *De la* surveillance *des pharmacies ou drogueries, épiceries et autres établissements débitant des boissons ou des substances alimentaires ;*

7° *Création d'un* laboratoire départemental ;

8° *Surveillance des* logements *et* établissements insalubres ;

9° Propagation de la vaccine.

Sous tous ces rapports, l'organisation de la médecine publique française *existe peu ou pas, selon les départements. Ces questions sont étudiées à Paris par la* Société de médecine publique et d'hygiène. *Elle a réclamé un projet de loi à la Chambre, qui l'a renvoyé au ministre de l'intérieur, et celui-ci a invité les départe-*

ments et les communes à entrer dans cette voie féconde.

Si les Assemblées départementales avaient la notion exacte des économies d'existences et d'argent que leur procureraient les organisations destinées à diminuer la mortalité, le chapitre de la médecine publique serait le plus richement doté de leurs budgets.

Mais, hélas ! il en est des Assemblées, *comme des familles. Celles-ci font un large crédit au chapitre* Toilette *et le chapitre* Santé *n'entre pas en prévision. — Les Assemblées s'en remettent à la charité des médecins : elles trouvent qu'on ne meurt qu'à son heure et, probablement, elles pensent encore que les* épidémies *sont des fléaux envoyés par le Ciel pour punir les péchés de la terre. Elles estiment peut-être aussi que la création des* laboratoires *est une atteinte à la liberté du commerce ; qu'il est d'intérêt social d'ouvrir des cabarets par centaines et qu'il est superflu de s'assurer si les adultérations se bornent au mouillage, si éloquemment défendu par le syndicat des intéressés !*

Vous allez éprouver quelque surprise, chers confrères, quand vous saurez que ce n'est pas un médecin *qui a proposé ces* innovations ; *qui a tenu aux maires et aux Assemblées départementales ce langage inusité : « Que toute peine mérite salaire ; que le médecin est tenu, comme tous les citoyens de sa condition, à la charité proportionnée à sa fortune ; qu'il n'est pas juste qu'une commune, un département, s'en remette sur lui du soin de veiller à la santé publique. »*

Vous serez encore plus étonnés quand nous dirons que ce personnage estime qu'il y a pour toutes les organisations qu'il propose d'instituer, des collaborateurs tout désignés, tout trouvés, répartis, dans une heureuse proportion, sur tout le territoire de la France et qu'il dit : « Aux médecins, tout ce qui relève de leur art, tout ce qui est de leur domaine ! Attribuons-leur les diverses fonctions qu'ils se répartiront eux-mêmes, selon leur champ d'exercice habituel ! Rétribuons-les pour toutes ces fonctions, modestement, mais suffisamment. »

Notons bien que ce n'est pas de prime-saut, sans préparation, sans argument ad hominem *qu'il tient ce langage à ses administrés. Non ! car, lorsque M.* Monod *fut nommé préfet du* Calvados, *la mortalité des enfants en bas âge était de plus de 30 pourcent. Grâce à ses efforts persévérants dans l'application, par les* médecins, *de la loi* Roussel, *efforts dans lesquels il fut secondé d'une façon au-dessus de tout éloge, par l'inspecteur départemental, M. J.* Lefort, *la mortalité fut réduite au taux de 5 0/0 au bout de trois ou quatre années.*

C'est que M. Monod *était de l'avis de M. le* Dr Mazade, *inspecteur départemental de la Gironde, qui, suivant l'exemple donné par le* Calvados, *arrivait à réduire, en peu d'années, à moins de 8 0/0 l'énorme mortalité des enfants en nourrice de la* Gironde. *M. Mazade formulait son avis de cette façon : «* La protection sera médicale, ou elle ne sera pas. »

M. Monod, *lorsqu'il était Préfet du* Calvados, *pensait que les divers services de la médecine et de l'hygiène publique devaient être confiés aux médecins et* autant que possible à tous les médecins. *Il trouvait que ce cumul permettrait de leur assurer un traitement à peu près suffisant, parce qu'ils pourraient rem-*

FEUILLETON

Le secret médical.

Quelques considérations de M. Lereboullet sur deux cas récents.

« Le docteur Watelet s'était cru en droit de dire la vérité et, au risque de violer le secret professionnel en expliquant sans ambages la nature de la maladie et les phases qu'elle avait parcourues, de réduire à néant des allégations qu'il considérait comme diffamatoires. Le docteur Watelet a été condamné. Or voici qu'aujourd'hui un malade d'une condition élevée se trouve atteint d'une affection rare, de diagnostic difficile. Ses médecins hésitent. On appelle en consultation un spécialiste anglais. Celui-ci n'est pas de l'avis de ses confrères allemands et tout aussitôt la presse quotidienne de tous les pays s'empare de cette affaire. On s'empresse d'interviewer les médecins. Ceux-ci répondent. Les journaux insèrent leurs confidences. Bien plus, le professeur Virchow est chargé de faire une analyse histologique de la tumeur extraite. A peine écrit, son rapport technique est publié dans tous les journaux. On a hâte de le faire traduire, de le faire connaître à tout l'univers. Vous me direz qu'il s'agissait de prouver que la maladie dont le prince impérial d'Allemagne se trouve atteint est une maladie bénigne et non constitutionnelle ; que le malade lui-même avait intérêt à faire connaître la vérité ; qu'il a autorisé la divulgation du rapport, etc. Et les confidences du docteur Mackensie ? Et ces audiences données à un reporter que l'on fait attendre pour qu'il puisse voir la figure du patient et juger des ravages produits par la maladie ? Et la brutale, mais légitime révolte du malade lorsqu'on lui apprend quelle est la personne qu'il vient de croiser dans l'antichambre de son médecin ?

Mais il s'agissait d'un prince, et le secret médical n'existe pas, paraît-il, pour les souverains.

Passons donc, si vous le voulez, à un autre personnage. Ce n'est pas un prince ; il n'est que baron. Il n'a pas voix au chapitre ; il est malade ; il est aliéné. Sa famille, pour éviter des scandales, peut-être un crime, le fait examiner par des médecins consciencieux et éclairés. Ceux-ci, avant de se prononcer, appellent à leur aide un consultant dont l'autorité aussi bien au point de vue scientifique qu'au point de vue professionnel est et mérite d'être universellement respectée. Le professeur Charcot signe, avec ses confrères, une consultation qui doit faire foi. Le malade est interné dans une mai-

plir ces diverses fonctions simultanément, dans le cours de leurs occupations habituelles. Il préférait, au double point de vue du service bien fait et de l'économie, ne pas créer de fonctionnaires.

M. Monod *a quitté le département avant d'avoir réussi à mettre à exécution ses conceptions. Il s'est heurté à de fausses considérations d'économie, à la routine si puissante partout. Le Conseil général du département s'est contenté de prendre en considération, et au lieu de voter des fonds, il a voté des éloges à son préfet. On a renvoyé aux calendes les mesures de prévoyance dictées par le souci de la santé publique.*

Mais M. Monod *n'avait pas fait, néanmoins, une œuvre vaine. Les services rendus par lui, à la Société, en lui conservant tant de jeunes existences, au département, par ses talents administratifs, n'ont pas dû compter, auprès du Gouvernement, plus que les remarquables projets que nous avons exposés, lorsque le préfet du* Calvados *a été appelé à la* Direction générale de l'Assistance publique et des Sociétés de prévoyance *au ministère de l'*intérieur.

Nous avons lieu de croire que, dans ses fonctions actuelles, M. Monod n'a pas perdu de vue ses projets de 1883 et que sa haute situation lui permettra de les reprendre d'une façon générale pour la France.

C'est dans le but d'étudier et de mettre en pratique des organisations analogues que le Concours médical *a fondé en France plus de cent* associations professionnelles syndicales. *A côté et en avant de l'*Association générale, *et plus entreprenantes qu'elle, ces associations, qui représentent, comme on l'a dit, le tiers-état médical, veulent améliorer la situation du médecin, en lui procurant toutes les ressources que comporte son champ d'activité.*

Le gouvernement trouvera en elles des agrégations naturellement désignées pour étudier et résoudre les questions si urgentes envisagées par le Directeur de l'Assistance publique. Nées de l'initiative privée, comme la Caisse des pensions de retraite *pour les médecins, fondée par le* Concours, *elles ont le stimulant de l'intérêt personnel ; cet intérêt n'est nullement en opposition avec l'intérêt supérieur de la Société. Tout au contraire !* A. Cézilly.

P. S. *Autant que le Mal, le Bien, heureusement, est contagieux! Les* Lefort, *du Calvados, les* Mazade, *de la Gironde, ont de généreux rivaux. Nous recevons, au moment où nous terminons ces considérations, une brochure :* Application de la loi Roussel, *dans la* Creuse, *due à M.* Pierre Fleury, *inspecteur départemental. Elève, lui aussi, de M.* Monod, *il a été jaloux des lauriers de ses collègues, et en parcourant son travail, nous admirons la conscience et l'énergie de ses efforts. Nous ferons part, sûrement, à nos lecteurs des péripéties de la lutte engagée pour préserver l'existence des petits nourrissons de la Creuse. Ces péripéties ont, pour nous, plus d'intérêt que les récits des batailles et nous voyons, avec joie, cités par M. Fleury, nombre de* membres du Concours *parmi ses plus vaillants capitaines. M. Fleury a, comme M. Monod, constaté qu'on pouvait tout avec les médecins, dans cette lutte glorieuse, quoique peu retentissante, et rien sans eux. Ces récits sont les titres de noblesse du corps médical.* *A. C.*

---

son spéciale et confié aux soins d'un aliéniste distingué, qui est en même temps l'un des plus honorables que l'on connaisse. Toutes les formalités de la loi sont donc remplies. Il semble que nul ne doive, que nul ne puisse prendre connaissance des rapports *confidentiels* rédigés à ce propos, qu'aucun journal ne soit autorisé à en publier des extraits. Et voici que, bien au contraire, aussitôt l'internement de ce malheureux aliéné, une interpellation est adressée au ministre de l'intérieur. Et voici que le ministre communique à un député tous les rapports médicaux que seuls les magistrats et les médecins auraient dû pouvoir lire. Puis en pleine séance publique de la Chambre des députés, malgré les interruptions de quelques membres de l'assemblée, malgré les sages observations du président, voici que le député d'abord, le ministre ensuite prétendent lire ces rapports *confidentiels* et jeter en pâture à tous les journaux avides de scandale, les discussions absurdes que provoquent certains termes techniques restés incompris de nos honorables représentants ! Absurdes, en effet, — le mot, cher confrère, ne vous paraîtra pas déplacé si, vous reportant au *Journal officiel*, vous constatez qu'il en est qui s'imaginent que l'on provoque l'aliénation mentale par l'administration de certaines drogues et d'autres qui, à bout d'arguments et pour faire rire le public des tribunes, s'écrient que tous les aliénistes sont des aliénés....

On a souvent parlé de la folie des masses, de cette exaltation qui s'empare de certains personnages, d'ordinaire assez raisonnables, dès l'instant où ils se trouvent réunis dans une assemblée politique. Ce n'était point toutefois la maladie de ceux qui ont, sans reculer devant les insinuations les plus malveillantes et les plus injustes, cherché à obtenir du ministre de l'intérieur des révélations aussi contraires à la loi qu'à la moralité publique. Nous aimons mieux croire qu'ils n'ont pas songé un seul instant ni à l'exemple qu'ils donnaient à ceux qui ne recherchent que le scandale, ni aux conséquences navrantes de leur maladroite intervention. Quant au ministre lui-même, dont le début avait été d'une correction parfaite, nous avouons ne pas comprendre son empressement à céder à des injonctions qu'il aurait dû considérer comme injurieuses au moins autant qu'illégales. Il eût été si simple de répondre, avec le président de la Chambre : « Il est très grave de publier, sans l'autorisation des intéressés, des documents qui touchent à l'état de santé d'un citoyen. La seule question qui puisse intéresser la Chambre et ressortir à sa compétence est celle de savoir si la loi de 1838 a été appliquée. Or il appert de tous les certificats médicaux, des visites faites au malade par le préfet de police et par ses délégués, des rapports qui m'ont été fournis que toutes les prescriptions de cette loi ont été rigoureusement exécutées. Il appartient dès lors, non à

LA SEMAINE MÉDICALE

Tabes précoce et hérédité nerveuse.

On connaît l'opinion de M. le professeur Fournier relative à l'étiologie de l'ataxie locomotrice, qu'il considère comme le plus souvent d'origine syphilitique.

M. le professeur Charcot enseigne, nous dit un de ses anciens internes, Paul Berbez (1), que l'étiologie du tabes est avant tout une question d'hérédité. M. Déjérine, dans sa remarquables thèse d'agrégation sur l'hérédité morbide, a mis hors de contestation par des chiffres la fréquence des antécédents nerveux héréditaires. M. Berbez se propose de rechercher quelles sont parmi les maladies des ascendants celles qui influent le plus sur la production du tabes, et si les maladies des ascendants directs (père et mère) ont, au point de vue de la précocité de l'apparition du mal comme au point de vue de la multiplicité des symptômes, plus d'importance que les maladies des ascendants collatéraux ou éloignés.

En analysant 150 observations, M. Berbez a relevé 61 fois une hérédité nerveuse bien établie, la maladie la plus fréquente étant l'aliénation mentale, puis viennent l'ataxie locomotrice, la paralysie générale, l'épilepsie, l'alcoolisme avec accidents nerveux, la maladie de Parkinson. Sur ces 61 cas, 36 fois l'hérédité nerveuse existait chez les ascendants directs, le père ou la mère, quelquefois chez les deux.

L'apparition du tabes est d'autant plus précoce que l'hérédité directe pèse plus lourdement sur le tabétique. L'ataxique précoce est souvent fils d'un ataxique. L'ataxie précoce est donc essentiellement héréditaire ; mais elle n'a rien de commun avec la maladie que Friedreich a fait connaître sous le nom d'ataxie héréditaire.

Enfin, l'intensité de la maladie et la multiplicité des symptômes sont l'apanage des tabes précoces.

(1) *Progrès médical*, 23 juillet.

Le concours du Bureau central des hôpitaux de Paris.

On sait que depuis quelques années le nombre des anciens internes qui aspirent à devenir médecins des hôpitaux s'est accru d'une façon inquiétante. Au dernier concours 62 candidats étaient inscrits pour trois places. Les épreuves ont duré près de trois mois, à la grande fatigue du jury, et à l'issue de ce concours, l'administration de l'Assistance publique, désirant donner satisfaction à des demandes de réformes qui lui étaient adressées, a nommé une commission chargée de réviser le règlement.

Les épreuves d'après le règlement en vigueur jusqu'ici sont au nombre de cinq : trois d'admissibilité, leçon clinique sur un malade, leçon orale théorique, consultation écrite sur un malade ; deux dites d'admission, épreuve théorique écrite, leçon clinique sur deux malades.

M. le Dr Danlos, médecin des hôpitaux, a présenté dans le *Progrès médical* contre cet état de choses des critiques fort justes qu'il fait suivre d'un projet de réforme intéressant, quoique d'une application peut-être malaisée.

Toutes ces épreuves, dit M. Danlos, ont d'abord un défaut capital, c'est que les candidats les subissent sous les yeux des juges qui, ayant parmi les candidats des élèves et des amis, doivent éprouver

---

la Chambre, mais aux tribunaux, seuls compétents, de répondre aux interpellateurs. »

Une déclaration de ce genre aurait eu plus de succès que l'argumentation reproduite par tous les journaux. Mais on craint aujourd'hui, surtout à la Chambre, d'opposer à des criailleries inconsidérées une fin de non-recevoir qui s'appuie sur la légalité et le bon sens !

Ce n'est pas seulement à la Chambre d'ailleurs qu'on perd la raison ! N'a-t-on pas vu des journaux politiques donner un compte rendu détaillé de la visite officielle faite par le préfet de police au malade interné à la maison de santé de Vanves et agrémenter ce compte rendu de réflexions au moins inopportunes ? Et l'on n'a jamais su par qui et comment ces divulgations avaient été faites ! Et l'on n'a point osé poursuivre ceux qui s'étaient rendus complices d'une violation si flagrante du secret professionnel !

Il y a plus enfin ! Nous avions tous pensé, en lisant le compte rendu de la Chambre des députés, que les médecins si injustement attaqués — et à leur tête l'illustre professeur Charcot — laisseraient passer, en haussant les épaules, des insinuations et des injures qui ne sauraient les atteindre. Cependant MM. Motet et Falret ont cru devoir, non pour se disculper — nul de leurs collègues ne songeait à suspecter leur honneur professionnel — mais pour relever un injuste défi, exposer devant la Société médico-psychologique les détails *scientifiques* de l'observation médico-légale qui leur avait valu tant d'outrages. Malheureusement le comité secret n'a pas été prononcé et l'on a vu tout aussitôt un reporter trop empressé porter à un journal du soir le compte rendu de cette séance, agrémenté d'une série de détails qui en rendaient la divulgation au moins aussi contraire au secret professionnel que la publication dans un journal du matin de la lettre du docteur Watelet. Certes, je ne songe nullement à critiquer la conduite de MM. Motet et Falret. Ils ont, comme toujours, très consciencieusement obéi à leur devoir de médecin ; et je suis bien certain qu'ils ont été les premiers à blâmer la communication aux journaux extra-médicaux de leurs réflexions si judicieuses ; mais que voulez-vous qu'ils y fissent ? Il semble vraiment qu'aujourd'hui faire vite, publier au galop sans réflexions aucunes les documents les plus divers, soit la règle en médecine comme en politique. On ne songe plus guère à faire bien ! »

(*Gazette hebdomadaire*.)

presque à leur insu une tendance à élever la cote des épreuves de ceux-ci.

M. Danlos critique encore le défaut de parité dans les épreuves ; le surmenage permanent de la mémoire des candidats, épuisant leur activité à repasser indéfiniment comme des écoliers leurs notes de pathologie ; enfin, la perte de temps pour tout le monde, juges et candidats.

Pour remédier à ces défauts, voici ce que propose M. Danlos :

« Il conviendrait tout d'abord de scinder les épreuves en deux concours distincts et indépendants d'admissibilité et d'admission. Le concours d'admissibilité aurait lieu sur épreuves écrites au nombre de trois : Anatomie pathologique, Pathologie, Thérapeutique.

Toutes seraient communes à tous les candidats. Les copies affectées d'un numéro d'ordre et non signées seraient lues par des lecteurs spéciaux (externes ou internes rétribués pour ce service) devant le jury, en séance secrète, ou du moins en l'absence des intéressés. La lecture terminée, les juges voteraient avec ou sans discussion la cote de l'épreuve dont il leur serait matériellement impossible de connaître l'auteur.

L'employé secrétaire du jury totaliserait sous sa surveillance, après clôture du concours, la somme des points obtenus par chaque candidat, et suivant le nombre des vacances antérieurement déclarées dans la classe des admissibles, un, deux ou trois candidats y seraient reçus.

L'admissibilité ainsi conquise serait définitive. La classe des admissibles permanents se composerait de dix candidats pouvant seuls prendre part aux concours d'admission, qui se feraient exclusivement par épreuves cliniques (Consultation écrite sur un malade.)

Pour compenser l'inégalité inévitable résultant de la difficulté très variable des malades on multiplierait les consultations qui seraient au nombre de six par candidat. Tous passeraient une épreuve le même jour, ce qui fait que le concours serait terminé en six séances.

Dans ce but et pour faciliter la besogne, le jury, composé de huit membres, se diviserait en deux commissions (dont la composition pourrait, au début de chaque séance, être fixée par un tirage) chargées chacune de choisir cinq malades. Le choix terminé, le jury serait enfermé comme aux assises. Pendant cette réclusion, les candidats répartis par le sort entre les deux commissions, examineraient leurs malades comme aujourd'hui, sous la surveillance administrative, et écriraient ensuite leur consultation.

Des lecteurs *ad hoc* la liraient aussitôt devant la commission compétente, dont les membres, ignorant le nom de l'auteur, jugeraient nécessairement en toute impartialité.

Le concours d'admission aurait lieu à l'époque ordinaire ; celui d'admissibilité, pour combler les places laissées vacantes, dans les derniers mois de l'année. Une disposition transitoire à déterminer constituerait, au début, la classe des admissibles.

Fièvre typhoïde paraissant transmise par l'air.

M. Devalz, médecin aux Eaux-Bonnes, a écrit à la Société des hôpitaux la relation d'une épidémie de fièvre typhoïde (épidémie de maison) dans laquelle il pense trouver un exemple de transmission du germe morbide par l'air, mode de transmission à coup sûr exceptionnel, et même contesté en général.

Une personne atteinte de fièvre typhoïde arrive dans un hôtel des Eaux-Bonnes, ayant déjà les premiers symptômes de sa maladie. En quatre semaines, elle était guérie. Mais à quelques jours d'intervalle, les trois filles du maître de l'hôtel étaient atteintes de la maladie, dont aucun autre cas ne se manifesta dans la ville, qui est abondamment pourvue d'eau de source de bonne qualité. L'examen bactériologique n'y a montré aucun organisme suspect.

Mais, pendant le traitement de la malade venue de Paris, aucune précaution de désinfection n'avait été prise, les matières fécales étaient jetées dans les cabinets de l'hôtel ; or, la porte de ceux-ci donnait dans une galerie mal ventilée à un mètre de la chambre où couchaient les jeunes filles du maître d'hôtel, chambre dont l'unique fenêtre s'ouvrait sur cette galerie.

Il est donc possible d'admettre que le transport des germes typhiques émanés des cabinets s'est fait par l'air, et que les jeunes filles se sont contaminées en les respirant.

Les tumeurs adénoïdes du pharynx et les laryngites striduleuses.

M. le Dr Coupard a été frappé de l'analogie que présentent l'accès de spasme glottique caractéristique de la laryngite striduleuse et les accès de dyspnée nocturne qu'ont beaucoup d'enfants atteints de tumeurs ou végétations adénoïdes du pharynx nasal.

Dans ce dernier cas, le petit malade qui, dans le jour ne respire que la bouche ouverte, s'endort de même ; mais bientôt sa bouche se ferme peu à peu, il ronfle à troubler toute la maison ; de temps en temps, il se réveille en sursaut, étouffant, couvert de sueur, présentant une anxiété et une agitation extrêmes. Une fois bien éveillé, il respire plusieurs fois largement par la bouche, puis se rendort jusqu'à ce qu'un nouvel accès survienne. « Le plus souvent, la vraie cause des accidents est méconnue et les parents se contentent de les rapporter à un cauchemar. » (Chatellier). Ils s'inquiètent davantage si l'enfant tousse ou s'il est enroué depuis quelque temps, s'il a une laryngite en un mot.

Comparons ce tableau à celui du faux croup, tel qu'il est tracé dans les classiques.

« Le petit malade est réveillé brusquement, il est dans un état d'angoisse et d'oppression extrêmes ; il est tourmenté par une toux sèche, sifflante, sonore ou rauque simulant parfois l'aboiement d'un jeune chien, le *cri du canard*, etc., comparaisons plus ou moins exactes. La respiration est accélérée, haute, entrecoupée ; l'air en pénétrant dans le larynx

fait entendre un sifflement aigu, rauque, plus ou moins sonore ; le malade inquiet, effrayé, s'agite, et, s'il le peut, pousse quelques cris, sa voix est enrouée, mais très distincte. On a pourtant observé quelquefois de l'aphonie.

L'examen du pharynx ne fait découvrir aucune fausse membrane, et les ganglions cervicaux ne sont pas engorgés... Après un temps variable qui dépasse rarement une heure, les accidents se calment, la toux s'humecte, elle diminue, puis souvent elle cesse, la respiration perd sa fréquence et les symptômes d'asphyxie se dissipent... Si l'accès arrivant au milieu de la nuit a interrompu le sommeil, on voit les enfants se rendormir paisiblement aussitôt la crise terminée (Grisolle). »

« *Cette description*, continue M. Coupard, c'est celle de la laryngite striduleuse. Il n'est pas nécessaire de forcer les analogies pour arriver à cette idée, que deux complexus également soudains, comparables dans leur ensemble et dans leurs particularités, doivent avoir souvent la même origine ; ce que j'ai vu me porte à le croire.

Trois fois des aphonies complètes ont disparu après l'enlèvement des tumeurs adénoïdes. Chez 56 malades atteints de la même affection, j'ai pris des renseignements minutieux relativement aux accidents dyspnéiques antérieurs.

On relevait :

La laryngite striduleuse (diagnostic porté par différents médecins) chez 45.

La coqueluche chez 5.

Cette statistique me paraît probante. Je ne veux pas dire que le spasme glottique soit dans tous les cas, chez tous les individus, une conséquence de l'existence des productions en question ; il est certainement d'origine réflexe. Or, tout le monde sait que rien n'est protéique et variable comme les lésions ou les accidents primordiaux à conséquences réflexes ; je crois pouvoir dire sous forme de conclusion et sans trop m'avancer :

1° Que chez un grand nombre d'individus, surtout d'enfants, une simple laryngite catarrhale prend le caractère spasmodique par suite de l'existence antérieure de végétations adénoïdes dans le pharynx nasal ; si l'on voulait aller plus loin dans l'explication du mécanisme, on pourrait tout attribuer à la sténose des voies naturelles par suite de l'obstruction partielle du pharynx.

2° Que beaucoup de cas, rangés sans plus de détails sous le nom de laryngites striduleuses, se rapportent à des accès nocturnes de suffocation, symptomatiques de la présence de végétations adénoïdes dans le pharynx.

Que faire en pareil cas ? — Les enlever. »

VARIÉTÉS

La nouvelle loi sur les aliénés.

La presse politique a beaucoup disserté, depuis quelque temps, sur l'internement d'un homme en vue dans une maison d'aliénés ; une certaine agitation s'est produite à ce sujet dans le public ; la Chambre a même été saisie des abus (??) qui auraient été commis. Cet incident a réveillé nos législateurs qui, pensant mettre fin à ces prétendus abus, vont discuter à nouveau le projet de loi, portant révision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, projet adopté en seconde lecture par le Sénat.

Déjà quelques-uns de nos confrères médicaux ont formulé (1) différentes critiques, fort justes pour la plupart, sur ce projet qui a été manié et remanié depuis plusieurs années. Nous allons, aussi brièvement que possible, reproduire quelques-unes de ces critiques en y ajoutant certaines réflexions que nous avons entendu faire à ce sujet par notre excellent maître le Dr J. Falret, dont la compétence en cette matière est indiscutable.

Et d'abord la loi de 1838, qui régit actuellement les aliénés, est-elle aussi imparfaite, aussi incomplète qu'on a bien voulu le dire ? Non, assurément ; de l'aveu même d'un ex-ministre de l'intérieur, M. Sarrien, il était impossible qu'une séquestration arbitraire eût lieu avec l'ancienne loi, strictement appliquée ; il était impossible de faire enfermer dans un asile d'aliénés, un individu sain d'esprit et de l'y maintenir à perpétuité. Si des faits exceptionnels de séquestration arbitraire ont pu se produire (aucun n'a été juridiquement prouvé), c'est que la loi a été violée ; or, la nouvelle loi sera d'autant moins à l'abri de cet accident, inhérent à toute loi, que ses rouages sont plus compliqués et par conséquent appelés à moins bien fonctionner. Si la loi de 1838 était incomplète, celle de 1887 court le danger contraire : il est à craindre qu'une réglementation excessive n'empêche l'exécution des meilleures prescriptions.

Empressons-nous cependant de reconnaître que certaines dispositions de la nouvelle loi comblent des lacunes réelles ; examinons quelles sont les principales additions à l'ancienne loi.

1° *Substitution de l'autorité judiciaire à l'autorité administrative pour séquestrer un aliéné* (Art. 19).

Ainsi, tant que le tribunal n'a pas statué sur la maintenue ou la sortie d'une personne placée dans un asile d'aliénés, l'admission n'est que provisoire ; en réalité l'aliéné est bel et bien enfermé ; mais il faut un jugement du tribunal pour rendre l'admission définitive. Il est à penser que, dans la majorité des cas, le rôle des magistrats se réduira à sanctionner purement et simplement l'avis des médecins.

2° Une réforme, moins importante, mais plus pratique, permet aux médecins des asiles d'aliénés *d'autoriser, à titre d'essai, la sortie des malades pour la durée d'un mois* (art. 49). Ces sorties se pratiquent déjà ; mais il est utile qu'elles soient légalement reconnues et consacrées.

3° Une longue série d'articles (de 51 à 62) règle en détail la *protection des biens des aliénés*, quels qu'ils soient, les *pouvoirs de l'administrateur judiciaire ou provisoire*, etc., ; c'est là une amélioration considérable. D'après l'ancienne loi, en effet, les intérêts matériels de l'aliéné interné étaient le

(1) *Semaine médicale*, 30 mars 1887. — *Progrès médical*, 1886-1887. Passim.

plus souvent sacrifiés, ou abandonnés aux mains de la famille.

4° Il était également impossible, d'après l'ancienne loi, de surveiller les aliénés traités chez eux, dans leur famille ; c'est là cependant que les séquestrations arbitraires, et en tout cas les mauvais traitements avaient le plus de chances de se produire.

Les articles 7 et 8 assimilent aux asiles privés les maisons particulières où un seul aliéné est traité. Pour soigner un aliéné dans un domicile privé, il faut en faire la déclaration écrite, dans le délai d'un mois, à partir de la mise en traitement de la personne malade, au procureur de la République du domicile de cette personne et au procureur de la République du domicile où elle est soignée. N'y aurait-il pas lieu d'exiger que cette déclaration soit faite avant le délai d'un mois, par exemple dans les cas de manie aiguë, où l'aliéné soigné chez lui devient rapidement dangereux pour ceux qui l'entourent ?

5° Dans les articles 36 et 48, la loi s'occupe des *condamnés reconnus aliénés*, des *aliénés dits criminels*, des *inculpés présumés aliénés* et soumis à une expertise médico-légale.

Ces articles soulèvent une question des plus controversées. Est-il logique de distinguer entre le persécuté qui tue, et le maniaque qui vole un portemonnaie ? Si tous deux, au moment de leur entrée à l'asile, ne sont plus dangereux, il est inutile de les séparer. Un aliéné, irresponsable au moment de l'acte criminel, ne saurait être considéré comme criminel ; s'il continue à être dangereux, qu'on l'isole, mais qu'on ne le confonde pas avec le criminel, avec le condamné, qui devient aliéné ; qu'on ne les enferme pas sous la même rubrique.

Nous laissons de côté certaines questions étrangères à la médecine, telles que les pénalités à infliger aux personnes qui portent préjudice aux aliénés ; (art. 62 à 67), les dépenses et recettes du service des aliénés (art. 41 à 48).

Nous arrivons à l'institution du *Comité supérieur des aliénés*, à la création de *l'inspection générale du service des aliénés* et à la *nomination des médecins des asiles d'aliénés*. — Il y a dans ces différentes dispositions un luxe de visites, d'inspections, etc., qu'il serait étonnant de voir fonctionner régulièrement ; d'ailleurs, sous prétexte de protéger l'aliéné contre le médecin qui le soigne, la loi crée des contre-rapports, des inspections, dont l'un des grands défauts sera de manquer de la compétence nécessaire. — A propos de la nomination des médecins d'asiles, notre excellent maître, M. Deny, relève une singulière anomalie ; les médecins-adjoints sont nommés sur une liste de présentation dressée à la suite d'un concours, tandis que les médecins en chef sont nommés sur une liste de présentation dressée par le Comité supérieur des aliénés et peuvent être choisis en dehors des médecins-adjoints. Il est inutile d'instituer un concours, si ce concours ne donne pas droit, plus tard, aux places de médecins en chef. — De plus, M. Deny s'élève avec raison contre la suspicion qui semble planer à tort sur les médecins des asiles et sur leur surveillance par les médecins-inspecteurs. « Un docteur en médecine, dit-il, qui peut-être ne se sera jamais occupé d'aliénation mentale, — le fait s'est déjà vu — deviendra médecin-inspecteur, si tel est le bon plaisir du Comité, et comme tel viendra contrôler des médecins en chef nommés au concours ou ayant vieilli dans les asiles. Exercé dans ces conditions, ce contrôle serait aussi odieux que ridicule et les garanties qu'il a la prétention de donner à la liberté individuelle deviendraient absolument illusoires.

« Tous ceux qui ont un peu fréquenté les asiles, savent que le médecin est le meilleur et souvent le seul ami des malheureux auquel il donne ses soins. Si l'on veut, par conséquent, que les médecins des asiles continuent à remplir avec l'abnégation dont ils ont déjà donné tant de preuves leur tâche souvent difficile et toujours ingrate, il ne faut pas les traiter en suspects, et, loin d'affaiblir leur autorité, il faut, au contraire, la fortifier. »

Ces lignes, que M. Deny écrivait quelques jours avant d'être dangereusement attaqué par l'un de ses malades (1), devraient être un peu méditées par tous les gens, qui, discourant des choses qu'ils ne connaissent point, s'imaginent qu'on enferme à tort et à travers des gens parfaitement sensés ; il faut avoir vécu avec les aliénés pour se rendre compte des difficultés que soulève un diagnostic d'aliénation mentale. La nouvelle loi croit trop facilement trancher la difficulté et donner des garanties (?) en multipliant le nombre des personnes qui examineront et surveilleront les aliénés : ce n'est pas une question de nombre, mais de compétence. Or, magistrats et fonctionnaires publics, en y comprenant même nombre de médecins qui ne s'occupent pas spécialement de ces questions, sont incompétents pour juger les cas douteux, c'est-à-dire particulièrement difficiles.

Nous avons simplement esquissé une critique du nouveau projet de loi, afin d'attirer l'attention de nos lecteurs sur ce sujet ; nous prions ceux d'entre eux, que ces questions intéressent, de nous transmettre les observations qu'ils auraient à faire au sujet de ce projet qui bientôt régira la matière.

G. L.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 juillet 1887.

L'antipyrine en injections sous-cutanées comparée et substituée à la morphine.

M. *Germain Sée*. — Pour faire suite à ma communication du 18 avril 1887, sur l'antipyrine contre la douleur, j'ai l'honneur d'exposer à l'Académie les résultats obtenus par ce même médicament employé sous forme d'injections sous-cutanées, afin d'augmenter son action, et de ménager ainsi les fonctions de l'estomac. La solubilité de l'antipyrine dans l'eau distillée se prête facilement à ce mode d'emploi ; un demi-gramme d'antipyrine dissous dans autant d'eau, constitue la dose nécessaire, ce qui représente la contenance de la seringue Pravaz ; l'injection, qui se pratique comme pour la morphine, produit, après une sensation pénible de tension qui

(1) Voir *Concours Médical*, n° 28.

dure quelques instants, une rémission considérable de la douleur, quelle qu'en soit la cause.

En établissant la comparaison avec la morphine on constate facilement que l'antipyrine en injection ne présente aucun des inconvénients presque constamment provoqués par la morphine, tels que les vertiges ou les vomissements, qu'elle ne jette pas le malade dans la somnolence, ni dans ces excitations artificielles qui mènent à la morphinomanie, et qu'enfin, et c'est là le point le plus important, qu'elle joint à l'action calmante, un pouvoir curatif, que la morphine ne possède en aucun cas.

Les faits viennent en grand nombre à l'appui de ces données. Je signalerai entre autres une série de rhumatismes articulaires aigus guéris par deux à trois injections d'un demi-gramme d'antipyrine, aidées par l'emploi prolongé de trois grammes de ce médicament pris à l'intérieur ; une goutte aiguë des plus douloureuses, divers cas de goutte chronique et de rhumatisme noueux singulièrement soulagés et favorablement modifiés par l'antipyrine employée sous ces deux formes.

Parmi les névralgies, je relève trois tics douloureux de la face dont l'un datait de plusieurs années, trois zonas, dont l'un remontait à douze ans, des lumbagos guéris pour ainsi dire instantanément, des migraines, dont une ophthalmique. Je réserve une mention spéciale pour les ataxiques dont quelques-uns ont pu supprimer les injections si préjudiciables de morphine en pratiquant journellement une injection d'antipyrine et prenant 3 à 4 grammes de ce médicament par la voie stomacale.

Voici maintenant les données nouvelles et les applications importantes du nouveau procédé hypodermique.

Il s'agit d'abord du traitement des coliques hépatiques et néphrétiques ; en deuxième lieu, des douleurs aiguës chez les cardiaques ; en troisième lieu, des dyspnées ou oppressions chez les asthmatiques et les névropathiques.

Les malades atteints de calculs biliaires sont généralement traités par les injections de morphine ; dès qu'ils éprouvent un accès de coliques hépatiques, la morphine les calme, mais elle a l'inconvénient de diminuer la sécrétion biliaire et intestinale, de produire l'arrêt des matières, et de réveiller ainsi les douleurs. L'antipyrine, dans un cas grave de lithiase biliaire, a déterminé rapidement la cessation des douleurs sans provoquer le moindre trouble intestinal. Dans deux cas de coliques néphrétiques, le résultat favorable fut le même; ici, l'avantage de l'antipyrine est d'autant plus important que la morphine a le fâcheux privilège d'arrêter la sécrétion urinaire, ce qui constitue une grave complication tandis que l'antipyrine ne modifie en rien le cours des urines.

Dans les affections douloureuses du cœur et surtout dans les angines de poitrine, les injections antipyriniques peuvent et doivent aussi être substituées aux injections de morphine, dont l'effet, très discutable, ne s'acquiert qu'au prix de troubles profonds dans la circulation cérébrale ; nous avons à l'Hôtel-Dieu deux malades atteints de graves accès d'angor pectoris, dont l'intensité et le nombre ont été singulièrement réduits à l'aide d'injections d'antipyrine.

Dans une dernière catégorie d'affections morbides, dans les oppressions asthmatiques, dans les grands accès d'étouffements, l'antipyrine réussit sans supprimer la sécrétion bronchique ; elle doit être réservée surtout pour les accès aigus, quand l'iodure de potassium a épuisé son action, et quand la morphine, pour agir, a exigé des doses exagérées ou répétées.

Ainsi, il n'existe pour ainsi dire pas une condition morbide où l'antipyrine ne puisse remplacer la morphine qui semblait devoir s'imposer. Si les observations dont plusieurs collègues de l'Hôtel-Dieu ont bien voulu vérifier l'exactitude sur les malades de leurs services viennent à se multiplier, nous éviterons cette fatale habitude qui tend à envahir la société, en produisant les accidents cérébraux les plus graves, les troubles les plus profonds de l'organisme, connus sous le nom de morphinomanie. Sans doute ceux qui ont cette passion ne se contenteront pas de l'antipyrine qui ne produit point les sensations et l'ivresse tant recherchée par les malades, mais elle calme à coup sûr les douleurs, elle diminue immédiatement l'excitabilité réflexe de la moelle, c'est-à-dire les douleurs vagues, générales, nervo-musculaires que produit si souvent l'hystérie ou la névrose. L'antipyrine prendra désormais la place de la morphine, et deviendra le préservatif de cet empoisonnement chronique.

RÉCLAMATION DE PRIORITÉ.

Colombey-les-Belles, le 20 juillet 1887.

J'apprends ce matin même que M. le professeur Germain Sée a lu, *le 11 juillet*, une note sur les injections d'antipyrine destinées à remplacer la morphine.

Je vous prie de remarquer que, dans une lettre datée du 3 *juillet*, (1) je vous faisais part des expériences que, *depuis un an bientôt*, je fais à l'aide des injections d'antipyrine dans les cas de rhumatismes, de sciatiques, de névralgies faciales, de migraines céphaliques, de gastralgies, de douleurs musculaires dans l'épaule chez les ouvriers de la Compagnie de l'Est, dont je suis le médecin, chez deux ataxiques, et enfin dans l'asthme avec suffocation. Aujourd'hui encore, à minuit, j'ai eu occasion de l'employer chez ma voisine atteinte d'un accès d'asthme suffocant.

La solution que j'emploie est de 1 gramme dans 25 gouttes d'eau distillée. D'ailleurs, depuis longtemps, je donne ces injections dans tous les cas où la douleur domine, où il y a souffrance.

Dans les coliques hépatiques ou néphrétiques, toujours injections d'antipyrine, et toujours cela réussit.

Le Dr *Spilmann*, professeur à la Faculté de Nancy, qui a reçu le 3 juillet mes observations sur l'antipyrine en injections sous-cutanées, m'a répondu le 6 *juillet* et me dit que *mes observations offrent un grand intérêt et qu'elles méritent d'être publiées*.

Dr LEBERT,
Médecin de la Compagnie de l'Est.

Séance du 25 juillet.

Discours de M. Pasteur.

En prenant possession du fauteuil de Secrétaire perpétuel, M. Pasteur prononce les paroles suivantes :

Mes chers confrères,

Je suis profondément touché de l'unanimité des suffrages qui m'ont appelé au secrétariat perpétuel pour les sciences physiques. Vous avez donné à cet-

(1) Voir *Concours médical*, nº 30.

te élection un tel caractère d'intimité que je voudrais pouvoir adresser à chacun d'entre vous mes remerciements personnels.

Depuis un mois, vous m'avez dissimulé à l'envi les côtés difficiles des fonctions que je reçois aujourd'hui de votre bienveillance. Vous vous êtes efforcés de me persuader qu'il me resterait beaucoup de temps de libre pour le travail du laboratoire. Je ne vous promets pas de ne pas vous prendre au mot le plus souvent possible. J'essaierai aussi d'être plus à l'Académie que ne me le demandait l'affectueuse obligeance de mon collègue, M. Bertrand.

Je voudrais désormais consacrer ce qui me reste d'existence : d'une part à provoquer des recherches et à former pour des études — dont l'avenir m'apparaît plein de promesses — des élèves dignes de la science française ; et de l'autre à suivre attentivement les travaux que l'Académie suscite et encourage.

La seule consolation, quand on commence à sentir ses propres forces décroître, c'est de se dire que l'on peut aider ceux qui nous suivent à faire plus et mieux que nous-mêmes, en marchant les yeux fixés sur les grands horizons que nous n'avons pu qu'entrevoir.

Danger des matières tuberculeuses qui ont subi le chauffage, la dessiccation, le contact de l'eau, la salaison, la congélation et la putréfaction, par M. Galtier.

Des nouvelles recherches expérimentales auxquelles je me suis livré sur divers animaux il résulte que le virus de la tuberculose est doué d'un pouvoir de résistance tel, qu'il peut conserver son activité dans les eaux, dans les matières putréfiées, à la surface des objets malgré la dessiccation, les variations de température et la congélation.

Si l'on considère, d'autre part, que les malades excrètent souvent des quantités considérables de matière virulente, qu'ils en rejettent dans les milieux extérieurs non seulement avec leurs produits de sécrétion *pathologique*, mais encore avec certains produits de sécrétion *physiologique*, on est bien forcé de reconnaître les dangers que créent pour l'hygiène de l'homme et des animaux, les diverses matières qui peuvent contenir les agents de la maladie, telles que les immondices, provenant des maisons où se trouvent des personnes phthisiques, ainsi que les litières, fumiers ou purins des étables où sont logés des animaux tuberculeux.

Les bêtes malades souillent de leurs excrétions, les divers objets qui sont à leurs portée, l'eau des abreuvoirs, par exemple ; leurs excréments peuvent entraîner avec eux de la matière virulente en cas de tuberculose intestinale. Il en est de même des urines quand les reins sont envahis par les lésions.

Bref, la conclusion à tirer de tout ceci, c'est qu'il est indispensable d'exiger la désinfection de tous les objets souillés par des animaux tuberculeux, de leurs excrétions, des locaux occupés par eux, des fumiers, des purins qui en proviennent, afin de prévenir la dissémination de la maladie et sa transmission à l'homme.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 juillet.

M. Cornil a lu un rapport sur quatre opérations de *salpingite et d'ovarite guéries par la laparotomie* et communiquées par M. Terrillon.

Ont été élus correspondants nationaux : M. *Poincarré* (de Nancy), et *Barallier* (de Toulon). L'Académie a déclaré nuls un certain nombre de bulletins portant des noms qui ne figuraient pas sur la liste de la commission.

La discussion sur le surmenage a continué par les discours de MM. A. Gautier, Féréol, Lefort, Marc Sée.

M. Gautier croit qu'il y a dans nos lycées moins de surmenage cérébral que d'ennui et d'étiolement physique et moral. Il propose d'éviter la préparation intensive aux baccalauréats dans les dernières années, en tenant compte des notes de classes depuis la quatrième ; de rendre les récréations plus longues, d'apprendre aux enfants des métiers manuels qui développent leur système musculaire, de surveiller davantage l'alimentation, la moralité, les lectures, les relations avec l'extérieur ; de reculer la limite d'âge pour les Ecoles de l'Etat ; mais il ajoute qu'il ne faut pas, pour éviter quelques excès, diminuer l'énergie des enfants, ni donner des excuses à leurs faiblesses. Rien ne s'acquiert que par l'effort. Pour développer le cerveau, comme pour les muscles, un commencement de fatigue est inévitable.

M. *Féréol* pense aussi qu'on exagère en attribuant uniquement au surmenage intellectuel des méfaits qui disparaîtraient si on tenait compte de l'hérédité prépondérante et d'une hygiène défectueuse. Beaucoup des céphalalgies dites de croissance ou de surmenage se voient chez des héréditaires, fils de nerveux, de diabétiques, d'alcooliques, de tuberculeux. — M. Féréol ne croit pas qu'il soit si nécessaire que le disait M. Lagneau d'apporter de grandes réformes aux programmes d'enseignement actuels ; on peut les alléger, mais il faut conserver les grandes lignes, notamment les baccalauréats. Celui de l'enseignement secondaire spécial récemment créé et qui donne entrée dans les administrations de l'Etat, à Saint-Cyr, à l'Ecole Forestière et à Polytechnique donne satisfaction à ceux qui jugent inutiles les langues mortes. — Enfin, en critiquant si violemment notre université nationale, on risque de jeter sur elle un discrédit immérité. ....

M. *Lefort* croit à la réalité du surmenage ; il l'attribue à la tentative qu'on a faite pour maintenir à la fois dans les programmes les études classiques littéraires du XVIIe siècle et les études scientifiques contemporaines. Il est enclin à sacrifier les premières.

M. *Marc Sée* a cherché sur les registres de l'infirmerie d'un grand lycée de Paris les cas de maladies imputables au surmenage intellectuel, et n'en a pas trouvé.

M. *Lacaze-Duthiers* est partisan de créer des baccalauréats spéciaux suivant les carrières auxquelles on destine les enfants.

M. *Trélat* fait observer avec raison que l'Académie s'égare en discutant des programmes pédagogiques pour lesquelles elle est incompétente. Elle ne doit se prononcer que sur les questions d'hygiène.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Trop de médecins partout.

« En Angleterre, les médecins se plaignent amèrement aujourd'hui de la réduction du taux de leurs honoraires, et des rudes travaux qu'ils sont obligés d'entreprendre pour soutenir une existence assez précaire. Cet état de choses est dû à l'énorme compétition causée elle-même par le grand nombre d'institutions accordant des licences et des diplômes à des milliers de médecins, là où des centaines seulement peuvent trouver de l'emploi. Il en résulte que sept praticiens sur dix sont exposés à mourir de faim ou forcés de recourir à des moyens plus ou moins malhonnêtes de gagner leur vie. D'un autre côté, les corps enseignants ne semblent pas se soucier que les sujets auxquels ils accordent leur diplôme en soient réellement dignes ou non, car très souvent des diplômes ont été conférés à des individus reconnus pour être des ivrognes ou auxquels manquaient les premiers éléments du savoir-vivre. Ceci a pour effet d'abaisser le niveau de la dignité professionnelle, de telle sorte que, actuellement, en Angleterre, l'assistant d'un médecin est souvent traité, tant par son maître que par ses clients, avec beaucoup moins de considération que ne l'est le cocher du médecin. »

(Extrait d'une lettre écrite d'Angleterre. *Union médicale du Canada.*)

Ce fait peut, je crois, nous servir d'enseignement et engager nos Universités à ne pas inonder le Canada d'une foule de jeunes médecins incapables d'y trouver tous leur subsistance, et cela pour la seule satisfaction d'enregistrer un plus grand nombre d'élèves.

Le personnel médical en France, en 1886.

D'après un document officiel que vient de publier le ministère du commerce et de l'industrie, voici quel était le personnel médical de la France au mois de mai 1886 :

	1886.	1881.
Docteurs en médecine.........	11.995	11.643
Officiers de santé..............	2.794	3.200
Pharmaciens.....................	7.100	6.443
Sages-femmes....................	13.610	13.403
Herboristes........................	1.013	902

Remarquons que ces chiffres sont officiels, ce qui ne veut pas dire rigoureusement exacts. Nous en fournirons la preuve en donnant, dans un prochain numéro, la statistique non officielle des médecins du Rhône. Contentons-nous de dire aujourd'hui que le document officiel attribue au département du Rhône 138 docteurs en médecine en 1881, 295 en 1886, soit 157 en plus.

(*Lyon médical.*)

CORRESPONDANCE

A propos de la suette.

Voiron, 3 juillet 1887.

Monsieur le Directeur,

La suette miliaire est endémique dans l'Isère, sur la limite des cantons de Saint-Geoire et de Voiron. Il ne se passe guère d'année que mes confrères ou moi en observions un cas isolé qui se termine généralement par la mort, parce que nous sommes appelés in extremis.

Il y a 13 ou 14 ans, il y eut une petite recrudescence, et j'en vis une quinzaine en peu de temps. Les premiers me furent montrés par un vieil officier de santé de Saint-Geoire aujourd'hui décédé.

Il eut soin d'appeler mon attention sur la gravité du pronostic. En effet, je vis toujours succomber avant le 5e jour, les adultes qui ne prirent pas, dès le début, le sulfate de quinine à haute dose. Par contre, la maladie fut très bénigne chez les enfants. Je me rappelle notamment un garçon de 11 ans, qui eut à peine de la fièvre, et chez lequel cependant la desquamation furfuracée fut assez abondante pour blanchir le plancher lorsqu'il changeait de chemise. Chose curieuse, son père mourut quelques années après d'accidents cérébraux accompagnés d'éruption miliaire confluente, survenue dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu.

Je n'ai observé que la miliaire blanche.

Quoique les auteurs n'en parlent pas, il y eut vers 1840, à Chirens, à mi-chemin de Saint-Geoire, une épidémie très grave : certains hameaux, situés à une altitude de 350 à 400 mètres, furent littéralement dépeuplés : celui de Bouzon perdit 19 habitants sur 22, s'il faut en croire les racontars des anciens du pays.

Veuillez agréer, etc.

Dr BOUCHER.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Sirop lactique.

(P. VIGIER.)

M. Hayem a attiré l'attention récemment sur les bons effets de l'acide lactique contre la diarrhée verte des petits enfants. Voici une formule d'administration qui paraît commode :

Acide lactique..................	2 grammes
Sirop simple....................	98 grammes
Essence de citron.............	1 gramme.

Mêlez et filtrez au papier.

Dose : deux à trois cuillerées à café par jour ; pour le faire prendre aux nourrissons, il est bon de l'étendre de son poids d'eau.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

SYNDICAT DE COUTRAS.

Rapports entre médecins et pharmaciens (1);

par le Dr A. BARAT-DULAURIER, ancien interne des hôpitaux de Paris.

MESSIEURS ET CHERS CONFRÈRES,

A notre dernière réunion, vous avez décidé de mettre à l'étude, pour chacune de nos séances, une ou plusieurs questions professionnelles. Vous avez

(1) Travail lu au syndicat de Coutras dans la séance du 14 juin 1887.

pensé que l'intérêt qui, pour chacun de nous, s'attacherait à ces études serait un excitant propre à tenir sans cesse en éveil, chez nos confrères du Syndicat, le désir d'assister à nos Assemblées. Vous avez espéré que l'attrait de ces réunions ainsi modifiées serait de nature à entraîner l'adhésion des quelques hésitants qui peuvent encore se trouver dans notre région. Pour ma part je suis convaincu de l'utilité de ces sortes d'études et des discussions qui s'en suivront.

Nous avons aujourd'hui à examiner les rapports qui doivent exister entre médecins et pharmaciens.

Ces rapports doivent nécessairement trouver leur raison d'être dans les droits et les devoirs de chacun. En d'autres termes, si nous établissons les règles que doit observer le pharmacien d'une part, celles qui, d'autre part, doivent guider le médecin, nous aurons, dans les conséquences qui en découleront, un *criterium* infaillible qui nous permettra de trancher les difficultés qui pourraient se présenter.

Les lois de l'an XI qui régissent encore l'exercice de la médecine et celui de la pharmacie n'ont pas été modifiées, dans leur essence, par les décrets ou règlements intervenus depuis cette époque lointaine. Elles font, de l'exercice de chacune de ces professions, un monopole véritable. Seul, en effet, le pharmacien peut débiter, à dose médicinale, certaines substances, et les condamnations sévères, fréquemment infligées à ceux qui ont voulu empiéter sur le domaine pharmaceutique, ont appris aux délinquants que ni les pharmaciens, ni les pouvoirs publics n'étaient disposés à laisser tomber en désuétude cette législation vermoulue, en apparence, mais encore robuste.

Seul aussi, le médecin devrait se livrer à l'exercice de l'art de guérir. Il est vrai que, si les tribunaux sont d'une sévérité parfois excessive à l'égard de ceux qui débitent des drogues sans avoir un titre officiel, ils trouvent, le plus souvent, des trésors d'indulgence dont bénéficient les Esculapes sans diplôme ni patente dont nous subissons presque partout la néfaste concurrence. Je n'hésite pas à l'affirmer, sans crainte d'être contredit, l'exercice illégal de la médecine est favorisé avant tout par les pénalités dérisoires dont le législateur a voulu punir les délinquants, pénalités tellement insuffisantes que les magistrats des parquets, se sentant en quelque sorte désarmés, aiment mieux garder un dédaigneux silence que de requérir l'application de la loi.

Mais il n'en est pas moins vrai que nous devons nous conformer, *faute de mieux*, à la législation qui nous régit. A ce point de vue, la médecine est un monopole; donc, ceux-là seuls qui remplissent les conditions exigées par les lois et règlements ont le droit de l'exercer.

La pharmacie est un monopole; donc, les pharmaciens remplissant les conditions voulues doivent seuls la pratiquer.

D'où il résulte forcément que la première, la plus importante base sur laquelle doivent s'établir les rapports entre médecins et pharmaciens, réside, pour chacun, dans l'observation de cette formule : la médecine au médecin, la pharmacie au pharmacien.

Voilà donc nettement tracés les cercles dans lesquels médecins et pharmaciens doivent respectivement se mouvoir, du moins en théorie.

En pratique, il n'est pas possible de tracer avec une semblable précision les limites des attributions des uns et des autres. Il ne faut pas perdre de vue que médecine et pharmacie trouvent leur raison d'être dans les souffrances de l'humanité, que l'une et l'autre ont pour but suprême de soulager. De là, des confusions faciles à établir. Le public, qui est, en ces matières, un très mauvais juge, s'adressera souvent plutôt au pharmacien qui, vivant au milieu des drogues, lui semble absolument apte à en déterminer les applications. Il oublie que la connaissance la plus parfaite des vertus des médicaments n'implique pas la connaissance et la détermination des états morbides qui appartiennent essentiellement au domaine médical et pour lesquelles le médecin *seul* a fait des études spéciales indispensables.

Malheureusement un trop grand nombre de pharmaciens, dans le but de se grandir dans l'estime de gens incompétents, ou même dans une pensée de lucre, sont portés à favoriser ces tendances du public. Ils donnent le plus souvent des conseils, de véritables consultations, et notez bien que ceux qui se livrent à cette pratique sont souvent ceux qui ignorent le plus les choses de la médecine. Ils savent, d'autre part, à moins d'avoir le sens moral perverti, qu'ils commettent une action blâmable. Pour excuse, ils vous diront des choses de cette force : « Si cela ne fait pas de bien, cela ne saurait faire de mal, » ou bien : « Si le mal fait des progrès, on appellera le médecin. » Ces raisons sont mauvaises et un tel langage ne saurait être trop fortement blâmé, car la pratique qu'il tend à absoudre a souvent pour résultat de laisser le mal empirer et parfois de le rendre incurable. Appelé trop tard, le médecin sera impuissant à arrêter les progrès de la maladie qu'une médication appropriée eût rapidement enrayée.

Au fond, soyez-en bien certains, le pharmacien qui agit de la sorte a peu de souci de la santé des clients. — Peut-être, dira-t-on, se fait-il illusion, relativement à l'étendue de sa science ? — Je voudrais le croire; ce serait, sinon une excuse, du moins une circonstance atténuante. *Malheureusement* tout ce que j'ai pu voir ne me permet guère de porter un jugement aussi favorable et je suis forcé de reconnaître que le mobile qui, avant tout, guide sa conduite, c'est le désir de vendre sa marchandise. Il taille en plein drap; il bourre son client de potions, de sirops, de pilules, sans aucun contrôle et il craint que l'ordonnance qu'on irait chercher dans le cabinet du médecin ne lui permît pas de placer une aussi grosse quantité de médicaments. De son côté, le client, qui n'y entend rien, paie, sans sourciller, une somme double ou triple de celle qu'il eût été nécessaire de dépenser. Il est vrai qu'il a la satisfaction de croire qu'il a évité la consultation du docteur. Économie bien illusoire; la caisse du pharmacien a tout englouti.

Qu'un hasard le favorise et qu'un succès survienne, le pharmacien pourra passer pour un grand savant et éclabousser d'une réputation imméritée le médecin, son voisin, qu'on reléguera volontiers parmi les vieilleries inutiles, sinon dangereuses. C'est là une de ces injustices du hasard, dont nous sommes chaque jour les témoins. Mais, tôt ou tard, le public le plus aveugle finit par ouvrir les yeux à la lumière et par juger sévèrement le pharmacien qui naguère était le héros du jour. Le peuple brise son idole de la veille et délaisse celui dont il a fini par découvrir les honteuses spéculations et dont la conduite n'inspirera désormais que dédain et dégoût.

Hâtons-nous de reconnaître qu'un nombre assez considérable de pharmaciens savent éviter de

donner dans ce travers ; ils se renferment scrupuleusement dans leurs attributions et se bornent à donner des secours urgents en cas d'accident et en l'absence du médecin. C'est bien là le rôle que le pharmacien a à remplir, celui dont il ne devrait jamais s'écarter.

Il ne suffit pas que le pharmacien s'abstienne d'avoir un cabinet de consultation ouvert et de diriger des traitements par les conseils médicaux qu'il donne. Il doit aussi livrer, sans commentaires, les médicaments qui sont formulés par le médecin. Il ne doit pas ignorer combien les clients sont soupçonneux, combien ils sont portés à mal interpréter les paroles les plus inoffensives en réalité. Dans ces conditions, un mot pourrait suffire pour faire perdre au médecin la confiance de son client, et pour lui causer un préjudice considérable. Aussi, avant d'indiquer au client le mode d'administration du médicament, il sera prudent de s'informer des indications fournies déjà par le médecin afin de les donner identiques.

Ici une difficulté se présente ; souvent le client feindra de n'avoir reçu aucune instruction de la part du médecin. Il veut comparer le langage de ce dernier avec celui que tiendra le pharmacien. Il veut les faire, en quelque sorte, juger l'un par l'autre, et si les expressions dont ils se seront servis ne sont pas tout à fait identiques, les commentaires ne manqueront pas d'aller leur train. Et suivant qu'on aura adopté le mode d'administration indiqué par le pharmacien ou par le médecin, selon que la marche de la maladie sera plus ou moins favorable, *vous verrez que l'un* des *deux sera traité* d'ignorant ou d'imbécile, sinon d'empoisonneur ou de coquin.

Pour éviter ces désagréments et les froissements qui pourraient en être la conséquence, il me paraît y avoir deux moyens efficaces. L'un, applicable par le médecin, consisterait à inscrire sur toutes ses ordonnances le mode d'administration du remède que le pharmacien n'aurait qu'à répéter au besoin ; l'autre, dépendant uniquement du pharmacien, consisterait à renvoyer le client près du médecin dont il aurait oublié les avis, toutes les fois que l'ordonnance fournie ne renfermerait *pas* des indications de nature à éviter tout malentendu. Ces simples précautions suffiraient à empêcher des froissements de se produire. Elles commanderaient chez le client plus de considération, plus de respect, pour l'une et pour l'autre profession.

Une excellente précaution, qui est employée dans certaines pharmacies et qu'on me communique, me paraît devoir être recommandée aux pharmaciens, dans le but de rappeler au médecin les médicaments contenus dans des ordonnances précédemment formulées et dont il aurait pu oublier la composition exacte. Il s'agirait simplement de marquer sur l'étiquette la dose et le nom des substances actives. Cette précaution rend les plus grands services partout où elle est prise, et nous serions heureux de la voir se généraliser.

Sans doute, ayant la responsabilité des médicaments qu'il délivre, le pharmacien a un certain droit de contrôle sur l'ordonnance qui lui est présentée ; mais ce contrôle doit se borner à corriger les *lapsus* qui auraient pu échapper au médecin, soit au point de vue de la posologie, soit au point de vue des incompatibilités chimiques. Les convenances lui commandent, d'ailleurs, d'en user avec discrétion, sans que le client s'en aperçoive, et d'en avertir le médecin intéressé SEUL.

Nous ne saurions avoir la prétention de trouver dans chaque pharmacie tous les médicaments que nous pouvons prescrire. Les spécialités innombrables dont le catalogue grossit chaque jour, les remèdes nouveaux, étudiés et mis en expérimentation par les sommités médicales, ne sauraient tous avoir une place dans toutes les officines ; mais les médicaments courants doivent se rencontrer partout. Plusieurs peuvent se remplacer, dans certains cas, par des équivalents ; mais, *seul* le médecin traitant peut autoriser ces substitutions, qu'il s'agisse de médicaments courants ou de spécialités ; car, *seul* il est responsable devant les familles des résultats obtenus.

Le pharmacien devra donc délivrer le médicament prescrit, la dose prescrite ou la marque demandée. S'il en était autrement, comment pourrions-nous nous rendre compte des phénomènes morbides qui se dérouleraient ultérieurement sous nos yeux et des modifications à imprimer au traitement ? Trompés sur la qualité ou la quantité du remède, nous ne saurions introduire aucune modification utile au cours des maladies dont nous suivons l'évolution.

Vous savez tous les progrès accomplis dans l'art de frauder toutes choses. Il semblerait, de prime abord, que les objets destinés à guérir les malades eussent dû échapper à l'odieuse industrie des falsifications. Malheureusement il n'en est rien. Les fabricants de produits chimiques destinés aux usages médicaux n'ont pas la prétention d'être tous philanthropes et ne concourent point pour des prix Monthyon. Les médicaments sont souvent falsifiés au même titre que les denrées alimentaires. Vous n'ignorez pas notamment que certains sulfates de quinine, introduits en France il y a quelques années par la vertueuse Allemagne, ne contenaient en réalité que 16 ou 17 0/0 de sulfate de quinine pur ! Comment compter sur l'efficacité de semblables produits ? Le pharmacien qui les délivrerait en connaissance de cause serait un malhonnête homme. Mais si l'honnêteté la plus élémentaire lui défend d'en user de la sorte, sa conscience, le souci de sa propre considération lui font un devoir strict de s'assurer de la qualité des produits qu'il répand dans le public.

(*A suivre.*)

NOUVELLES

Un exemple a suivre. — Le doyen de la Faculté de médecine de Montpellier est autorisé à accepter les legs faits à ladite Faculté par M. Bouisson et consistant dans la nue propriété :

1° De sa bibliothèque, à l'exception de la division comprenant la collection des poëtes français donnés à la ville ;

2° D'une somme de 10,000 francs destinée à l'installation de cette bibliothèque dans un local particulier de la Faculté, qui devra porter le nom de *salle Bouisson*, où sera placé le buste en marbre du testateur également donné par lui ;

3° D'une somme de 5,000 francs pour l'impression du catalogue de cette bibliothèque.

4° D'une somme de 100,000 francs pour la fondation de cinq prix annuels, sous le nom de *prix Bouisson*.

BIBLIOGRAPHIE

La phthisie pulmonaire et les eaux de Cauterets, par le Dr E. Duhourcau. — Toulouse, Édouard Privat, 1887.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St André 3

Neuvième année N° 32 6 Août 1887

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

La rage chez les alcooliques. — Antagonismes entre certaines substances toxiques, entre les poisons et les virus.

Dans la dernière séance du conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, M. Dujardin-Beaumetz a communiqué les résultats d'une enquête sur le cas du sieur Paul H..., âgé de 43 ans, qui, mordu le 30 mai à la main droite, suivait, dès le lendemain, le traitement de M. Pasteur jusqu'au 13 juin et présentait cependant les premiers symptômes rabiques le 29 juin, pour succomber le 4 juillet. Les inoculations faites avec son bulbe ont prouvé qu'il avait bien succombé à la rage.

Mais H... était un alcoolique ; il se mit à boire plus que jamais après ses morsures et se présenta souvent au laboratoire de la rue Vauquelin dans un état complet d'ivresse. Ce n'est pas la première fois que l'alcoolisme a été noté par M. Pasteur et ses collaborateurs comme une condition défavorable à la réussite du traitement. M. Grancher a déjà signalé le fait dans la lettre qu'il écrivit à l'Académie de médecine pour répondre, en l'absence de M. Pasteur, aux attaques de M. Peter.

M. Dujardin-Beaumetz a fait remarquer, dans son rapport au conseil d'hygiène, que plusieurs faits expérimentaux et cliniques démontrent la loi suivante : quand certaines substances imprègnent les éléments nerveux de l'axe cérébro-spinal, ces éléments se montrent rebelles à une autre imprégnation.

Après avoir soumis un animal aux vapeurs de l'éther, Thénard lui administrait une dose mortelle de strychnine ; tant que l'animal reste sous l'influence de l'éther, les phénomènes toxiques ne se montrent pas, ils se produisent dès que l'animal est réveillé.

Amagat a signalé l'antagonisme qui existe entre l'alcool et certains médicaments médullaires comme la strychnine. M. Luton (de Reims), M. Lardier (de Rambervillers) ont opposé avec succès la strychnine aux accidents de l'alcoolisme.

M. Dujardin-Beaumetz a prouvé qu'après avoir soumis un animal à l'action de la paraldéhyde, on pouvait lui administrer une dose de strychnine vingt fois supérieure à la dose mortelle ; on obtient des résultats analogues avec le chloroforme et le chloral.

Tout le monde connaît la résistance des alcooliques aux anesthésiques, et la tolérance extraordinaire des individus en état de delirium tremens à l'opium, à la morphine, à la digitale.

N'est-il pas naturel de supposer que l'alcool, dont la présence en nature a été démontrée dans le cerveau et la moelle des alcooliques, peut s'opposer à l'action prophylactique du virus rabique du lapin, qui, d'après la méthode de M. Pasteur, doit rendre l'axe cérébro-spinal réfractaire au développement de la rage du chien et du loup ?

Variabilité dans la gravité des épidémies de diphthérie.

Notre distingué confrère, le Dr Boucher (de Voiron), qui a bien voulu suivre avec intérêt nos différents articles sur la diphthérie, nous donne certains renseignements sur une épidémie qu'il a observée cette année, et qui paraît d'une bénignité extrême. Comment juger l'efficacité d'une thérapeutique, quelle qu'elle soit, dans des épidémies semblables ? Comment comparer les traitements essayés alors avec ceux que nous mettons en œuvre

dans nos hôpitaux d'enfants où toujours la diphthérie se montre sous les formes les plus graves ?

« A Voiron, nous écrit notre confrère de l'Isère, depuis dix mois, nous avons observé plus de cent cas de diphthérie qui n'ont donné qu'une très faible mortalité, *à peine* 7 *à* 8 %. Cette mortalité est due presque exclusivement au croup d'emblée, qui ne pardonne jamais. Pour ma part, je n'ai vu mourir d'angine couenneuse qu'un garçon de 14 ans, qui, le 23e jour, alors que les fausses membranes avaient complètement disparu, a été frappé subitement d'hémiplégie. Pourtant, il y a eu des cas très graves : j'ai observé l'angine nécrosique chez une jeune fille de 13 ans; j'ai vu fréquemment le cou proconsulaire de Saint-Germain.

En général, la maladie débute par une plaque sur les amygdales avec engorgement ganglionnaire ; la diphthérie gagne rapidement le voile du palais qui s'infiltre en totalité ; la luette acquiert le volume du pouce, et finalement les fosses nasales sont envahies. A la suite, on observe toutes les variétés possibles de paralysie diphthéritique : celle du voile du palais, avec ses conséquences désagréables, ne fait jamais défaut ; j'ai observé du strabisme, la paralysie des paupières, des muscles du cou, de la paraplégie, des phénomènes vertigineux. L'albuminurie a été fréquente ; elle cesse avec la disparition des fausses membranes. Comme traitement, outre les toniques et l'alimentation forcée, j'emploie l'*extrait oléo-résineux de cubèbe à* la dose de 4 grammes, en suspension dans un julep gommeux, une cuillerée à bouche toutes les heures, et je donne chaque soir 20 centigr. de sulfate de quinine. Sous l'influence de cette médication, on voit se détacher de véritables couennes de plusieurs centim. de surface sur un à 2 millim. d'épaisseur. Je continue le cubèbe jusqu'à apparition de la roséole : cette éruption rubéolique dure 3 jours et se termine par desquamation, comme la véritable rougeole dont elle ne diffère que par l'absence de fièvre. Quand les enfants refusent cette drogue assez nauséabonde, je la remplace par le benzoate de soude à la dose de 10 grammes. A l'extérieur, je touche les fausses membranes avec le perchlorure de fer à 32° ; j'insuffle dans les fosses nasales la poudre suivante :

Acide borique .... 1 p.
Poudre d'eucalyptus..... 10 p.

M. Ou bien je fais des irrigations avec une solution de sublimé au 2000me.

Le perchlorure fait rapidement disparaître les fausses membranes qui envahissent les plaies ou écorchures existant sur diverses parties du corps. »

Traitement de la sciatique par pulvérisations de chlorure de méthyle sur le membre opposé (1).

M. Debove et son interne Jacquet ont annoncé qu'ils avaient soulagé notablement un malade atteint de sciatique en pulvérisant le chlorure de méthyle sur le trajet du sciatique du membre sain.

M. Raymond a imité cet exemple dans trois cas et a obtenu des résultats favorables. Il a même fait disparaître les douleurs, non seulement en dirigeant la pulvérisation sur le sciatique du membre sain, mais encore en soumettant à la réfrigération un point quelconque de ce membre. Ce sont là des faits qui prouvent que la cessation de la douleur tient beaucoup moins à l'influence du froid sur le nerf malade qu'à l'impression produite sur le centre spinal ; autant de faits à l'appui de la théorie de la dynamogénie et de l'inhibition, formulée par M. Brown-Séquard.

(1) Société de biologie.

Pathogénie du tour de reins (1).

M. *Féré*. « Un malade que j'ai observé récemment m'a amené à examiner de plus près les conclusions du travail de M. Tricard sur le tour de reins. Pour cet auteur, la douleur brusque qu'on observe alors et qui dans certains cas s'accompagne d'irradiations névralgiques, serait produite par le pincement d'un ou plusieurs filets nerveux par la contraction du psoas ou de la masse sacro-lombaire. Dans le cas que j'ai vu, non seulement il y avait névralgie à irradiations multiples, mais encore un gonflement, un véritable empâtement de la région lombaire.

Après un examen attentif, je pense que dans ces cas on ne peut guère admettre un simple pincement nerveux, mais qu'il est plus probable qu'on a affaire à une compression des filets nerveux par un épanchement dû à une rupture musculaire. Chez le malade dont je parle, cette interprétation me semble d'autant plus probable que déjà antérieurement cet homme avait éprouvé les mêmes accidents et que dans un autre cas il avait eu un coup de fouet du mollet. »

Nystagmus chez les épileptiques (2).

M. *Féré*. « Le nystagmus est loin d'être rare chez les épileptiques ; nous avons profité, mon interne et moi, de cette fréquence pour analyser méthodiquement les manières d'être de ce symptôme et son importance sous le rapport du diagnostic.

En premier lieu, ce nystagmus est tantôt permanent, tantôt transitoire, et dans ce dernier cas il peut ne se montrer que dans certaines conditions particulières. Cependant, j'ajouterai que ce nystagmus est bien plus fréquemment passager. Dans un seul cas il était uni-latéral.

L'intensité est également très variable : tantôt il est d'une rapidité extrême, tantôt au contraire fort lent et on peut rencontrer toutes les variétés entre ces deux extrêmes. J'en dirai autant de la direction ; nous avons vu le nystagmus vertical, rotatoire et latéral ; cette dernière variété est la plus fréquente. Jamais nous n'avons observé le nystagmus rotatoire à l'état isolé, il est associé soit à des oscillations verticales, soit plus souvent à des oscillations latérales. L'amplitude se présente également dans des conditions variables.

(1) Soc. de biologie, *in Bulletin médical*.
(2) Eodem loco.

Chez les épileptiques hémiplégiques, l'oscillation se fait du côté opposé à l'hémiplégie. De même chez ceux qui ont une aura ou une prédominance marquée des phénomènes convulsifs d'un côté, c'est encore du côté opposé que l'oscillation se produit. Chez ceux qui ne présentent ce symptôme qu'à la suite d'une attaque, c'est du côté opposé à la déviation des yeux pendant l'attaque que le nystagmus a lieu.

Si nous rapprochons ces faits de quelques observations de M. Prevost dans lesquels le nystagmus accompagnait la rotation de la tête et la déviation conjuguée des yeux, quoique le sens des oscillations n'ait pas été noté dans ces cas, nous sommes amenés à penser qu'il s'agit là d'une paralysie partielle de muscles qui ne peuvent plus résister à leurs antagonistes et que l'existence du nystagmus pourrait éclairer le clinicien sur le siège de la lésion cérébrale anatomique ou dynamique qui préside aux convulsions épileptiques.

M. *Blocq.* — Les malades s'aperçoivent-ils de l'existence de ce nystagmus ?

M. *Féré.* — Dans les cas où les oscillations sont lentes, les malades en ont parfaitement conscience ; dans ceux au contraire où elles sont très rapides, ils ne perçoivent pas nettement le nystagmus, mais ils se sentent entraînés dans le sens des oscillations ; je dirai même que cette sensation des malades nous a été souvent utile pour préciser le sens initial des oscillations.

M. *Laborde.* — Les observations de M. Féré sont des plus intéressantes, d'autant plus qu'elles n'avaient pas encore été faites et que ses conclusions me semblent d'une réelle valeur. Je crois cependant qu'on pourrait y trouver plus encore. Dans les accès épileptiformes que nous avons observés, M. Magnan et moi, sous l'influence du furfurol, nous avons vu dans certains cas se produire du nystagmus : dans de telles conditions il devient intéressant de savoir s'il n'y aurait pas chez certains épileptiques du nystagmus avant l'attaque ; et si alors celui-ci ne serait pas du nystagmus convulsif par opposition au nystagmus paralytique dont vient de parler M. Féré. »

MÉDECINE PRATIQUE

Fissure anale et rétrécissement rectal chez les enfants.

On a dit qu'il n'y avait pas à proprement parler de médecine infantile, qu'il était superflu de créer un enseignement spécial pour elle, parce que la pathologie est la même chez l'adulte et chez l'enfant à de faibles nuances près, parce que les moyens d'investigation clinique sont les mêmes et que la thérapeutique ne diffère que par les doses. — Rien n'est plus inexact, croyons-nous, que cette manière de voir ; défendable peut-être au point de vue de la nosologie, elle est insoutenable au point de vue du diagnostic et du pronostic.

Sans m'étendre davantage sur ce point, je rappellerai seulement que lorsqu'on est appelé à soigner un enfant, s'il est d'âge à se plaindre, il n'y a pas lieu d'ajouter grande confiance aux renseignements qu'il fournit ; car l'enfant ne sait guère, sauf exception, s'observer, analyser ses sensations et les décrire exactement. Si l'enfant ne parle pas encore et traduit seulement sa souffrance par des cris, il faut se garder de se laisser engager sur une fausse piste au point de vue du diagnostic, à la suite de l'entourage, de la nourrice, de la mère ou grand'mère qui, s'étant souvent forgé une opinion préconçue avant l'arrivée du médecin, s'efforcent involontairement de faire partager à celui-ci leur opinion.

En un mot, après avoir écouté très attentivement et très patiemment tous les renseignements qui nous sont donnés à notre arrivée près d'un enfant malade, mais sans entamer aucune contestation, ce que nous avons de meilleur et de plus court à faire, c'est de *déshabiller complètement* le petit malade et d'explorer minutieusement *tous les organes et appareils, tous les points du corps*, sans en omettre un seul. On peut dire que, neuf fois sur dix, lorsqu'on fait une erreur de diagnostic en médecine d'enfant, c'est pour avoir oublié d'examiner un point du corps.

Cette réflexion ne paraîtra banale qu'à ceux qui n'ont pas l'habitude de soigner des enfants. Le plus souvent, la mère ou la nourrice, obéissant à l'idée préconçue qu'elle s'est faite, s'empresse de vous montrer exclusivement tel ou tel point du corps, s'impatiente quand vous vous en éloignez, et fait tous ses efforts pour vous y ramener.

Un deuxième précepte bon à formuler consiste à ne pas s'acharner à soutenir un diagnostic, quand une thérapeutique logiquement instituée en vue de combattre telle maladie n'a pas réussi en peu de temps à améliorer notablement la situation ; car l'organisme de l'enfant obéit en général si rapidement à l'action thérapeutique quand elle est dirigée juste, que l'on doit toujours se défier de l'exactitude du diagnostic porté, si la médication qui en découle reste inefficace.

I

L'année dernière, je fus consulté pour une petite fille de six mois qui, après s'être bien portée pendant les trois premiers mois de sa vie, avait perdu depuis quelque temps le sommeil et l'appétit, criait sans cesse, et dépérissait rapidement. La seule cause qu'on pût invoquer pour expliquer ce dépérissement, c'étaient plusieurs changements de nourrices que l'enfant avait subis. La mère avait essayé d'abord de donner le sein, puis, le lait maternel ayant paru insuffisant, on avait donné le lait d'ânesse au biberon ; ensuite une nourrice (mais celle-ci s'alcoolisait) ; une autre qui lui succéda n'avait pu vivre en bonne intelligence avec la cuisinière ; une troisième venait d'être installée dans la maison par le médecin de la famille de madame, quand, médecin du mari, je fus appelé pour la première fois. Cette nourrice me fit mauvaise impression, je lui trouvais des signes manifestes de scrofule et une dépression profonde de la racine du nez

qui éveillait l'idée de l'effondrement du squelette de cet organe. Par égard pour le choix d'un confrère plus âgé, je ne voulus point manifester trop vite ni trop nettement mes sentiments de suspicion à l'égard de la nourrice et je m'occupai de l'enfant. Comme conséquences des changements incessants d'alimentation, la petite fille avait eu des troubles digestifs presque continuels, la diarrhée alternant avec la constipation. A plusieurs reprises s'était montré un érythème fessier papulo-érosif, qui cédait assez vite à un traitement topique, mais pour reparaître au bout de quelque temps. Quand je vis l'enfant, il en existait à peine quelques traces.

La grand'mère de la petite fille, confiante en sa vieille expérience, déclarait que l'insomnie, les cris de l'enfant, les contorsions qu'elle faisait étaient les avant-coureurs du travail de la dentition, et cependant les gencives n'étaient ni rouges ni tuméfiées. L'enfant n'avait pas d'hypercrinie salivaire. On détournait mon attention chaque fois que je commençais à explorer la région anale et fessière, chaque fois que je me renseignais sur les fonctions intestinales.

A une visite suivante, l'insomnie, les cris continuant, j'appris que les douleurs de l'enfant paraissaient surtout vives au moment des garde-robes, que, d'ailleurs, elle faisait des efforts incessants d'expulsion, le plus souvent sans résultat. Je ne me laissai plus détourner de l'examen de la région anale et je constatai qu'au moment des efforts de l'enfant, une petite tuméfaction rougeâtre venait faire saillie hors de l'orifice anal ; cette petite tumeur, de la grosseur d'une aveline, devint fluctuante le lendemain et me parut être un abcès sous-muqueux, qui pouvait expliquer les douleurs et les cris de l'enfant. Un coup de lancette donna issue au pus.

Je m'attendais à ce que l'enfant dormît mieux la nuit suivante, mais, s'il y eut un peu d'accalmie, le repos ne fut pas complet.

Explorant alors minutieusement l'anus, je découvris, en déplissant les plis radiés de la muqueuse, très-difficilement à cause d'une contracture énergique du sphincter, une fissure longitudinale qui allait se prolonger profondément dans le canal ano-rectal. Je pensai dès lors que cette fissure, causée à l'origine par l'acidité des garde-robes diarrhéiques, avait provoqué par lymphangite de voisinage cet abcès sous-muqueux que j'avais incisé et le ténesme rectal qui persistait.

Je dilatai assez énergiquement le sphincter par l'introduction successive de mes deux auriculaires ; je cautérisai légèrement la fissure avec un pinceau imbibé d'acide chromique, et je plaçai dans l'orifice anal une tente d'ouate imbibée de vaseline iodoformée à 1 pour 10. Tout était fini en huit jours.

Sur ces entrefaites, la nourrice présenta une angine subaiguë, une sorte de coryza tenace qui me confirmèrent dans mes premiers soupçons à son égard.

Je demandai qu'elle fût examinée par un rhinologiste. Mon ami le Dr Ruault découvrit une ulcération profonde de la muqueuse nasale avec perforation de la cloison. La famille s'empressa naturellement d'accéder à mon désir de changer cette nourrice et à partir de ce jour l'enfant, pourvue définitivement d'une nourrice saine, a continué à se développer régulièrement.

II

On m'amenait tout récemment une petite fille de 13 mois dont l'histoire présente plus d'une analogie avec la précédente. Jusqu'à sept mois sa mère l'avait nourrie au sein et l'enfant venait à merveille. La mère ayant été un peu souffrante, on continua l'allaitement artificiel d'abord avec du lait de chèvre, puis avec du lait de vache, et alors commencèrent des troubles digestifs ; quand la diarrhée se montrait, le médecin prescrivait du bismuth ; quand la constipation survenait, il ordonnait de l'huile de ricin, et ainsi de suite pendant plusieurs mois.

Vers la fin de la première année, l'alimentation fut plus complexe ; les farines, les pâtes, les œufs entrèrent dans l'alimentation, et dès ce moment la constipation s'établit d'une façon permanente et de plus en plus énergique. L'enfant faisait plusieurs fois par jour des efforts évidents pour expulser des garde-robes ; ces efforts s'accompagnaient de cris, de larmes. Sur la région fessière, sur la partie interne des cuisses, un érythème papulo-érosif apparut, suivi depuis par de larges ulcérations. Dès lors le dépérissement s'accentua, l'insomnie fut fréquente.

Le médecin prescrivit des lotions d'eau boriquée, des applications de vaseline boriquée ; les ulcérations se cicatrisèrent ; mais d'autres succédèrent. Contre la constipation, on essaya les divers purgatifs usités dans la médecine d'enfant ; la manne, la magnésie, l'huile de ricin, le calomel, les purgatifs salins ; toute la gamme des évacuants y passa. L'enfant avait passagèrement des évacuations, mais évidemment insuffisantes. Ses efforts douloureux d'expulsion devinrent plus fréquents ; on eut recours alors à des lavements, mais la mère, attentive et bonne observatrice, fit la remarque suivante : quand la canule avait été introduite, et cela ne se faisait jamais sans que l'enfant criât et se débattît, on ouvrait en vain le robinet de l'irrigateur, le liquide ne pouvait pénétrer dans l'intestin.

Affligée de l'intensité croissante des douleurs, la mère vint me consulter. Au récit de celle-ci, je soupçonnai que la longue durée des accidents devait reconnaître une cause insolite ; après avoir constaté que l'abdomen était anormalement développé, dur et tendu, j'examinai attentivement la région anale. Dans le sillon inter-fessier et sur la face interne des cuisses se voyaient de larges papules érosives, semblables à celles que M. Jaquet, interne des hôpitaux, a décrit, à l'exemple de son maître, Ern. Besnier, sous le nom d'érythème fessier papulo-érosif, en montrant que cet érythème laisse des cicatrices souvent confondues avec des cicatrices syphilitiques (1).

En essayant de déplisser la région anale, je constatai que le sphincter était énergiquement contracturé; pourtant, en insistant malgré les cris et la défense désespérée de l'enfant, je réussis à apercevoir une fissure qui, à peine visible à l'extérieur, s'enfonçait

(1) *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1887.

dans l'orifice anal, paraissant de plus en plus profonde. Mais il me fut impossible de dilater l'anus de façon à voir jusqu'où cette fistule se prolongeait; il me fut à plus forte raison impossible de faire pénétrer l'extrémité du plus petit de mes doigts.

Je dis alors à la mère que la fissure à l'anus expliquait une partie des accidents éprouvés par l'enfant : les crises de ténesme, l'insomnie ; mais que d'autres symptômes, surtout l'impossibilité d'administrer les lavements, même après l'introduction de la canule, pouvaient faire penser à un rétrécissement du rectum. J'ajoutai que le concours d'un chirurgien me paraissait indispensable ; car, si l'exploration faite sous le chloroforme confirmait mes soupçons, une opération serait nécessaire.

M. Charles Monod, professeur agrégé de la Faculté, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, qui joint à l'habileté opératoire une douceur fort utile dans la chirurgie infantile, voulut bien venir voir l'enfant en consultation avec le médecin habituel de la famille et avec moi.

La petite fille une fois chloroformée, il fut facile de s'assurer qu'il n'existait pas seulement une contracture du sphincter provoquée par la fissure, mais que au-dessus l'orifice anal et le sphincter formaient un canal aussi étroit qu'impossible à dilater. L'introduction du petit doigt était impossible ; ce qui n'arrive pas en cas de simple spasme sphinctérien, quand le chloroforme a produit la résolution musculaire.

M. Monod décida donc sur-le-champ de pratiquer la rectotomie postérieure et, pour éviter une hémorrhagie préjudiciable à l'enfant à cause de son jeune âge, il employa le thermo-cautère chauffé au rouge sombre. Pendant l'incision, on put constater qu'il existait une véritable sclérose de la muqueuse et des tissus sous-muqueux. La coarctation qui en résultait s'étendait sur une hauteur de trois ou quatre centimètres.

Lorsque le débridement fut exécuté, nous trouvâmes l'ampoule rectale absolument bondée de matières fécales, les unes récentes et molles, les autres concrétées en masses dures ; il fallut opérer le curage de ce rectum d'un enfant de 13 mois comme on est si souvent obligé de le faire pour les vieillards, d'abord avec les doigts, puis avec d'abondantes irrigations par un fort jet d'eau tiède. On fit ainsi sortir une quantité de matières fécales vraiment étonnante.

Quand le curage du rectum fut terminé, un fort tampon d'ouate hydrophile imbibée de vaseline iodoformée à 1 p. 10 fut introduit dans la cavité rectale ; il fut convenu que, plusieurs fois par jour, de grandes irrigations boriquées tièdes seraient faites et que chaque fois un nouveau tampon d'ouate iodoformée serait replacé.

Dès la nuit suivante, l'enfant, débarrassée de son ténesme rectal, pouvait goûter le sommeil dont elle était privée depuis plusieurs nuits. Elle retrouvait l'appétit perdu. Depuis lors, la cicatrisation suit son cours ; il ne restera plus maintenant qu'à maintenir, à l'aide de tentes, l'anus suffisamment dilaté pendant la durée du travail cicatriciel et à passer ensuite de grosses sondes en caoutchouc durci pour conserver à l'orifice un calibre suffisant. Il pourra être encore nécessaire de surveiller assez longtemps les fonctions du sphincter et de combattre par des séances de cathétérisme la formation d'un nouveau rétrécissement. Mais, vu l'âge de l'enfant et les modifications ultérieures que le développement du corps apportera à cette région, il est légitime d'espérer une guérison complète.

S'agissait-il dans ce cas d'une sténose exclusivement congénitale du rectum ? Nous ne le pensons pas. Il semble naturel d'admettre, qu'à partir du moment où les troubles digestifs, la diarrhée acide ont provoqué l'érythème fessier, les érosions et la fissure de l'anus, un travail de sclérose a peu à peu induré la muqueuse rectale, et compliqué d'un rétrécissement cicatriciel un certain degré de sténose congénitale.

On peut encore penser que le calibre du canal ano-rectal, après avoir été suffisant tant que l'enfant, nourri exclusivement de lait, n'avait que des garde-robes demi-molles, devint insuffisant quand une alimentation complexe produisit des résidus fécaux plus durs.

Enfin, les doses de bismuth ou de magnésie, administrées fréquemment pour combattre les alternatives de diarrhée et de constipation, contribuèrent, pour une part, à accroître la densité du contenu de l'ampoule rectale et les obstacles à son expulsion.

De toute manière, l'histoire de ce fait m'a paru intéressante à rapporter. Les rétrécissements du rectum, la fissure à l'anus sont à peine mentionnés dans les livres de maladies des enfants ; ils sont rares sans doute, mais c'est une raison de plus pour ne pas les méconnaître le cas échéant.

P. Le Gendre,

Chef de clinique adjoint à l'Hôpital des Enfants.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 août.

M. Dujardin-Beaumetz a présenté un instrument, dit atmiomètre, inventé par M. Jacobelli (de Naples) pour administrer des substances médicamenteuses dosées soit en inhalations, soit en vaporisations, soit en pulvérisations.

Le surmenage intellectuel a encore occupé la plus grande partie de la séance.

M. *Lagneau* s'étonne que M. Féréol croie le régime scolaire actuel nuisible seulement aux héréditaires. Il invoque, pour montrer son influence néfaste en général, des mensurations faites par le Dr Constant sur des enfants de même âge appartenant les uns à des lycées, les autres à des écoles primaires. Ces derniers auraient en moyenne 1 c. 1/2 de plus de taille, un kilogramme de poids de plus et 10 c. de plus comme périmètre thoracique.

M. *Peter* reprend la parole pour appuyer ses affirmations antérieures sur la lecture de lettres qu'il a reçues d'un médecin, d'un père de famille et d'un candidat au baccalauréat, d'une *victime* du système actuel.

M. *Luys* n'est pas de ceux qui croient au surme-

nage intellectuel. La moyenne des écoliers sait très bien en prendre et en laisser du travail imposé et ne se surmène guère ; ce sont quelques héréditaires qui, animés du désir de suivre les autres et peu aptes a une contention d'esprit soutenue, se trouvent vite fatigués.

Quant à la fréquence de la tuberculose, elle dépend moins du surmenage intellectuel que des conditions hygiéniques défectueuses.

M. *Javal* insiste, comme M. Perrin précédemment, sur les défauts d'accommodation de l'appareil visuel comme causes de la plupart des céphalalgies dites de surmenage.

M. *Féréol* maintient le sens de son premier discours.

M. *Trélat* rappelle de nouveau l'Académie à la nécessité de ne mentionner dans les conclusions adressées aux pouvoirs publics que les questions relatives à l'hygiène, les seules sur lesquelles l'Académie soit compétente.

M. *Le Dentu* présente un malade auquel il a pratiqué avec succès le GRATTAGE D'UN ABCÈS TUBERCULEUX DU MÉDIASTIN après résection d'une partie du sternum et de plusieurs fragments de côtes.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

De la version par manœuvres mixtes

Nous avons étudié récemment en détail (1) la *version par manœuvres externes* qui rend chaque jour de nouveaux services dans la pratique obstétricale, et qui restreint de plus en plus l'usage de la *version par manœuvres internes*; à côté de ces deux variétés de versions artificielles, il en est une troisième, plus récente, peu connue, appelée également à un certain avenir et à laquelle l'un de nos maîtres, M. Auvard, vient de consacrer une intéressante revue (2): c'est la version par *manœuvres mixtes, combinées*, dans laquelle une main agit à travers la paroi abdominale, tandis qu'une autre, introduite dans les organes génitaux, agit directement sur le fœtus.

Conseillée pour la première fois en 1817 par d'Outrepont, puis par Brusch, elle fut magistralement exposée en 1864 par Braxton-Hicks, sous le nom duquel on la désigne souvent. Barnes en parle dans son Traité des opérations obstétricales sous le nom de version bipolaire.

Braxton Hicks préconisait surtout cette manœuvre contre l'hémorrhagie produite par le placenta prævia ; c'est cette méthode qui est adoptée par l'école obstétricale de Berlin pour le traitement des insertions vicieuses du placenta.

En France, elle a également été pratiquée. Degoul, dans sa thèse (1885), publie deux observations où Doléris réussit par ce procédé à sauver mère et enfant. M. Auvard rapporte deux cas où la version céphalique par manœuvres mixtes a été facile et a permis de sauver les deux enfants : dans l'un, la dilatation était comme une pièce de deux francs, dans l'autre, comme la paume de la main ; dans les deux cas il s'agissait de présentation de l'épaule pendant le travail.

Voici comment l'opération est pratiquée : la femme est laissée couchée dans son lit, le siège élevé ; cette situation est plus commode pour l'opérateur que la position obstétricale; on se place du côté où se trouve la tête fœtale de manière à pouvoir l'abaisser plus aisément. On introduit dans les organes génitaux, partiellement ou totalement, la main droite ou gauche, suivant la position qu'on a prise. Avec un ou deux doigts pénétrant dans l'orifice utérin, on repousse la partie fœtale qui se présente ; à l'aide de la main extérieure appliquée sur la tête, on abaisse cette partie jusqu'à ce qu'elle arrive au niveau du détroit supérieur. S'il n'y a pas de tendance à l'engagement, on applique la ceinture eutocique ou simplement un bandage de corps avec un tampon de ouate de chaque côté de l'abdomen. L'anesthésie chloroformique n'est généralement pas nécessaire pour faire cette opération.

Le chloroforme sera cependant d'un grand secours quand l'action de la main placée dans le vagin est entravée par la résistance des parties molles à ce niveau et quand la main externe est gênée par l'épaisseur de la paroi abdominale et la résistance de l'utérus.

La version *mixte* est *contre-indiquée* : 1° quand la poche des eaux étant intacte, on veut la conserver telle ; par exemple, quand le fœtus est mort et qu'on veut éviter la pénétration de l'air dans l'œuf. Il est habituel, en effet, qu'on rompe la poche des eaux en pratiquant la version mixte ; c'est peut-être à cet accident, pour le dire en passant, qu'est dû en grande partie le succès de cette méthode dans les hémorrhagies liées à l'insertion vicieuse du placenta; 2° quand l'ouverture de l'orifice utérin est insuffisante, c'est-à-dire qu'un ou deux doigts ne peuvent pénétrer dans la cavité utérine. Cette contre-indication n'est que relative, puisqu'à la rigueur on peut agir sur la partie fœtale à travers le segment inférieur de l'utérus : 3° quand la version est impossible, c'est-à-dire lorsque certaines causes rendent toute tentative vaine. Ces causes sont la résistance des parties molles, la rétraction utérine, la mollesse du fœtus, le trop grand engagement de la partie fœtale ; peu marquées, elles gênent la version mixte ; plus accentuées, elles l'empêchent.

Quelles sont les indications de cette opération ? La première concerne le placenta prævia, quand une hémorrhagie abondante survient au début du travail : la version podalique par manœuvres mixtes, avec abaissement d'un membre pelvien dans le vagin, peut donner de bons résultats. Il y a lieu de se demander quelle part de succès revient dans cette manœuvre à la rupture des membranes que préconise notre excellent maître, M. Pinard ; nous la croyons grande. Cependant, lorsqu'on a rompu les membranes, que l'hémorrhagie est arrêtée, il est parfois utile de recourir à la manœuvre de Braxton Hicks pour terminer un accouchement chez une femme épuisée, dont les contractions utérines sont peu fréquentes, peu intenses.

C'est ainsi que dans un cas, sur les conseils de M. Auvard, cette pratique nous a été utile ; la femme était exsangue ; la dilatation n'était pas suffisante pour faire un forceps ; lorsqu'un membre inférieur fut engagé dans le col, les contractions se réveillèrent, et l'accouchement put être terminé assez rapidement pour sauver la mère. L'enfant avait succombé avant l'arrivée de la femme à l'hôpital.

La seconde indication est celle qui survient pendant la période de dilatation, lorsqu'existe une présentation de l'épaule et que la poche des eaux est rompue. Nous avons vu quelles étaient alors les difficultés de la version par manœuvres externes ;

(1) *Concours médical*, 23 avril et 30 avril 1887.
(2) *Bulletin médical*, 20 juin 1887.

celle par manœuvres internes n'est pas encore possible, puisque la dilatation est insuffisante : la version céphalique par manœuvres mixtes constitue alors une précieuse ressource.

En terminant cet intéressant travail, M. Auvard met en parallèle la version mixte avec les deux autres : la version externe est céphalique (le plus habituellement du moins), elle se pratique pendant la grossesse et le travail ; la version mixte est tantôt céphalique (présentation de l'épaule non compliquée), tantôt podalique (placenta prævia) ; elle ne peut être faite que pendant le travail et à partir du moment où la dilatation est suffisante pour laisser passer un ou deux doigts ; la version interne est toujours podalique ; elle ne peut être tentée qu'à la fin du travail, lorsque l'orifice utérin est assez grand pour laisser pénétrer la main, c'est-à-dire à la dilatation complète ou presque complète. C'est donc la version externe qui a le domaine le plus vaste, et l'interne, le plus restreint.

Quant à la conduite à tenir dans les cas de présentation de l'épaule, en laissant de côté certains cas de placenta prævia justiciables de la méthode de Braxton Hicks, on peut dire que :

Pendant la grossesse, il faut faire la version par manœuvres externes.

Pendant la première période du travail (c'est-à-dire jusqu'à la dilatation complète), si la poche des eaux est intacte, il convient de tenter la version céphalique par manœuvres externes ; si la poche des eaux est rompue, d'avoir recours à la version céphalique par manœuvres mixtes.

Pendant la dernière période du travail (à partir de la dilatation complète), on peut exceptionnellement pratiquer les versions externe et mixte, mais c'est la version par manœuvres internes qui constitue alors l'opération de choix.

G. Lepage.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La loi Roussel dans la Creuse en 1886.

Rapport de M. P. Fleury, inspecteur départemental.

« Il a été établi, dit M. Fleury, que, dans le Calvados, où chaque année plus de 3,000 enfants sont placés en nourrice, avec 28,000 fr., 280 enfants sont arrachés, chaque année, à la mort. Cela fait juste 100 fr. pour empêcher un enfant de mourir ! »

Et dire qu'il se rencontre encore, en *France*, bien des conseils généraux qui sont sourds à l'éloquence d'un tel chiffre ! !

Il faudrait que cette constatation fût publiée, chaque année, plusieurs fois, par les journaux qui parlent au grand public et peut-être la pression de l'opinion publique sera-t-elle assez puissante pour influencer les délibérations des assemblées départementales.

Il faudrait créer la *Caisse de la loi Roussel*, comme on a créé la caisse des écoles ; comme on a créé *celle des petits Chinois* !!

Élève du préfet du Calvados, M. *Monod* ; émule de ses collègues MM. *Lefort* et *Mazade*, inspecteurs du Calvados et de la Gironde, M. Fleury s'est mis courageusement à la besogne.

Il n'y a pas de nourrissons dans le département, à peine 200, lui disait-on. M. Fleury, au bout de 6 mois, en découvrait plus de 500 et il croyait qu'il en manquait encore deux cents à la surveillance de la loi.

On lui objectait qu'il ne trouverait pas le personnel ; il avait bientôt 40 commissions locales et 43 médecins-inspecteurs qui, dit-il, se sont mis à l'œuvre avec *un dévouement qui n'est égalé que par leur abnégation*. Nous pouvons bien rendre ce témoignage aux médecins de la *Creuse*, parmi lesquels se trouvent beaucoup de membres du *Concours médical*, d'autant plus que jusqu'à ce jour M. Fleury n'a pu encore les faire rétribuer.

Les juges de paix et les secrétaires de mairies ont établi les *comptabilités des nourrissons* et avisé les inspecteurs des mutations. Les maires ont adressé les *Bulletins de mutations*.

En un mot, à l'exemple de M. Fleury, chacun a été saisi de la passion du bien et, grâce à l'inspection, sur 540 nourrissons inscrits, il n'y a eu dans les six premiers mois du fonctionnement que 22 décès. Cette statistique a été singulièrement facilitée par l'établissement de *fiches* sur cartons de trois couleurs. La comptabilité devient ainsi simple à tenir et ne réclame que quelques minutes au moment où l'on reçoit les avis de placement. Elle a été enseignée à M. Fleury, alors sous-inspecteur dans le Calvados, par MM. *Monod*, *Lefort*, *Valabrègue* et *J. Bertillon*.

De nombreux tableaux, tous très instructifs, remplissent la brochure de M. Fleury.

Nous remarquons que plus des deux tiers des nourrissons décédés ont succombé avant l'accomplissement de leur troisième mois ; et surtout dans la première semaine. C'est ce qui fait que notre confrère *Byasson*, de *Guéret*, un des membres du Concours, exprime le vœu que la première visite de l'inspecteur soit faite *dès le lendemain du jour où le nourrisson a été placé*. C'est ce jour-là que le médecin imposera sa volonté et que son autorité morale pourra le plus aisément empêcher l'emploi des modes dangereux d'élevage.

M. Byasson fait aussi ressortir ce fait, invraisemblable au premier abord, que, dans les départements où la *loi de protection* fonctionne régulièrement, la mortalité est moins grande parmi les enfants confiés à des nourrices surveillées que parmi les enfants élevés dans la famille. A l'éternel honneur de notre confrère, M. *Théophile Roussel*, l'enquête de 1868 disait au contraire : qu' « en vertu d'une loi invariable les enfants conservés dans la famille échappent à la plupart des causes de mortalité qui déciment les enfants en nourrice loin de la surveillance et des soins de leurs parents. »

La loi de 1874 est peu appliquée encore. Mais quel plus beau titre peut revendiquer un médecin que d'attacher son nom à une loi qui rend de tels services et comment comprendre que, lorsque tous les enfants sont obligés de fréquenter les écoles, tous les départements ne soient pas obligés d'appliquer la loi de *protection* !

M. Fleury signale les vœux exprimés par les divers

inspecteurs de la Creuse. Tous ces vœux sont fondés sur l'observation vigilante des nourrissons.

L'inspecteur fait observer que, si les conseils généraux tardent trop à voter les fonds nécessaires pour l'application de la loi Roussel, ce serait le cas, ou jamais, d'établir le fameux *impôt sur les célibataires*. Ce sont ceux-ci, *probablement*, qui procréent le plus d'enfants illégitimes, de ces enfants dont la mortalité est la plus élevée. Il dit que dans son département le nombre des célibataires de 25 à 50 ans étant de 6.000 environ, l'impôt de 10 fr. par tête fournirait les 50 à 60,000 francs nécessaires pour appliquer dans toute son ampleur la loi Roussel, rétribuer toutes les personnes qui y prennent part, récompenser toutes les nourrices méritantes. Les célibataires *restitueraient* ainsi dans une petite mesure.

M. Fleury demande aussi qu'une taxe sur les étrangers, que le produit des successions sans héritiers, alimentent la *caisse de la loi Roussel*, la caisse des enfants pauvres, ou moralement abandonnés.

Il demande encore que les médecins inspecteurs soient rétribués et il ajoute : « De quelque manière que nous payions les médecins, la part de leur dévouement restera encore la plus forte. » On voit bien que M. Fleury est un élève de M. Monod, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur. Nous regrettons d'être obligés de nous borner à cette analyse ; nous espérons avoir inspiré à nos lecteurs le désir de lire le rapport. Nous ne connaissons pas M. Fleury et ne savons s'il possède un grand nombre de brochures. Nos confrères peuvent essayer de lui en faire la demande. En tout cas, compliments sincères à M. Fleury. Il n'a pas perdu son année.

C'est une véritable satisfaction pour nous de signaler les travaux de ces apôtres d'une loi qui a pour nous, médecins, l'insigne honneur d'avoir été préparée et soutenue par un médecin. M. Théophile Roussel a triomphé de tous les obstacles ; la loi est bonne, mais elle doit être appliquée partout. Qui, autant que lui, aurait qualité pour obtenir des Chambres une *coercition* qui ne violera la liberté de personne et qui conservera à la France ce précieux capital de jeunes existences dont elle a tant besoin ?

A. Cézilly.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE.

Tribunal civil de la Seine : 7e chambre, 7 juin 1887.

Refus d'honoraires à un médecin pour une opération qui n'a pas profité au client.

Monsieur le Directeur,

Je viens demander l'hospitalité du *Concours médical* pour un fait qui trouvera sa place dans la campagne que vous soutenez pour nos intérêts professionnels.

Il s'agit d'un procès où la justice s'est montrée dure pour un confrère, et, chose bien plus grave, semble vouloir établir un point de jurisprudence qui rendrait absolument impossible l'exercice de la médecine. Les journaux politiques s'en sont emparés en le dénaturant et ont ainsi prêté appui, à leur insu, à des manœuvres de chantage que l'on est venu me menacer de continuer, sans le payement immédiat de 20,000 francs !! Veuillez donc me permettre de le narrer avec quelques détails, pour le rétablir en sa vraie forme.

22 *juillet* 1884. — Mademoiselle R., âgée de 50 ans environ, se présente en mon cabinet. Pendant une demi-heure elle me consulte sur le mauvais état de sa bouche, sur l'opportunité, sur la possibilité de lui mettre un dentier.

Elle finit par m'avouer que, sur l'avis de son médecin, le docteur Delbet, médecin du Ministère de la Justice, elle venait me demander l'application d'un dentier, pour remédier à des troubles digestifs graves, provenant d'un défaut de mastication. Après de longues explications, une décision réciproque est prise à l'égard du ratelier, le prix en est convenu, et la cliente est convoquée à une heure fixe du lendemain, pour subir les opérations préliminaires.

23 *juillet*. Extraction à la mâchoire inférieure de huit petits chicots mobiles, vestiges des grosses molaires.

24 *juillet*. Résection de 6 ou 7 racines solides à la partie antérieure de la même mâchoire ; en haut toutes les dents manquaient depuis longtemps. Nous prenons des empreintes.

26 *juillet*. Mademoiselle R. revient nous voir, satisfaite et nullement souffrante de nos opérations.

Le but de sa visite est de nous demander un certificat attestant qu'elle aurait perdu ses dents par suite d'émanations cupriques, qui arrivent, assure-t-elle, dans son appartement ; elle voulait, armée de cette pièce, actionner le propriétaire en dommages-intérêts. Nous refusons un tel certificat et Mlle R. part fort mécontente.

5 *août*. A cette date convenue pour commencer le dentier et prendre une empreinte définitive de la mâchoire inférieure, Mlle R. se présente en notre cabinet. Mais elle refuse de donner suite à sa commande, si nous ne faisons pas, et dans des formes qu'elle nous indique, le certificat demandé. Elle s'en va et nous réclamons, pour consultation et opérations, cinquante francs.

Après plusieurs réclamations restées sans réponse, désireux de donner une leçon à cette cliente peu soucieuse de notre dignité professionnelle, nous faisons poursuivre le recouvrement de nos honoraires devant la justice de paix du VIe arrondissement.

Deux experts désignés par Mlle R. elle-même, me sont absolument favorables ; ce sont MM. Desprès et Magitot. Voici le rapport de M. Magitot dont la compétence est plus spéciale :

Monsieur le Juge de Paix,

Par votre lettre en date du 28 décembre 1885, vous m'avez fait l'honneur de me désigner, à titre d'expert, dans un différend élevé entre M. le docteur David et Mlle R.

En conséquence, j'ai mandé chez moi les deux parties, d'abord isolément, puis ensemble et contradictoirement.

Mademoiselle R. s'est présentée en personne ; le docteur David, absent de Paris, s'est fait représenter par une personne qui est sans doute son assistant, et qui connaissait personnellement les faits de la cause. Cette personne était en outre porteur d'une note manuscrite du docteur David.

De ces divers entrevues, il paraît résulter clairement à mes yeux que :

Premièrement : Mademoiselle R. s'était présentée le 22 juillet 1884, chez le docteur David pour réclamer ses soins, rendez-vous fut pris pour le lendemain, afin de commencer les soins ou opérations que nécessitait

l'état de la bouche de Mademoiselle R. Or, cette demoiselle était fort souffrante, présentant à la fois des phénomènes généraux et des lésions de la bouche et des dents qu'elle attribuait à des émanations délétères provenant d'un atelier de dorure sur cuivre attenant à son habitation.

Deuxièmement : Au rendez-vous du lendemain, 23 juillet 1884, M. le docteur David pratiqua une série d'opérations : extraction de débris dentaires, résection d'un grand nombre d'autres, le tout dans le but que le docteur David n'a pu laisser ignorer à sa cliente, d'établir, au lieu et place des dents manquantes, un appareil destiné à rétablir les fonctions de la bouche. Cependant, c'est ici que se place la protestation de Mademoiselle R., qui prétend que c'est par surprise qu'on lui a fait ces diverses opérations, extractions, e c; qu'elle fut prise de force et immobilisée dans un fauteuil par les mains de plusieurs aides. Ce récit ne nous paraît guère admissible, et nous ne pouvons croire que Mademoiselle R. fût ainsi mise dans l'impossibilité de s'opposer aux manœuvres violentes auxquelles elle prétend avoir été contrainte. Dans tous les cas, elle s'abstint de protester d'aucune manière, pendant les jours qui suivirent, et il ne nous reste d'autre preuve des prétendues violences que le certificat d'un médecin, le docteur HENRI DE NAVENNE qui, en date du 2 novembre 1885, c'est-à-dire SEIZE mois après les faits précités, s'indigne au nom de sa cliente, Mademoiselle R., contre des procédés opératoires auxquels il n'a point assisté, et qu'il se contente d'apprécier rétrospectivement.

Quoi qu'il en soit, Mademoiselle R. se présente de nouveau chez le docteur David, trois jours après les opérations, c'est-à-dire le 26 juillet. Cette visite était destinée suivant son dire, à lui montrer « dans quel état déplorable était sa bouche », tandis que, suivant le docteur David, elle avait pour objet de lui demander un certificat attestant que l'état de sa bouche, résultait des émanations méphitiques auxquelles elle avait été exposée et qui avaient ainsi perdu sa santé et ses dents.

Le docteur David refusa ce certificat et Mademoiselle R., très contrariée de cette réponse, refusa, à son tour, de poursuivre l'application de l'appareil de prothèse que se proposait chez elle le docteur David. Mademoiselle R. comptait sur cette attestation pour réclamer de son propriétaire des dommages et intérêts.

Troisièmement : A partir de ce moment, Monsieur le docteur David cessa tout rapport avec Mademoiselle R.

Quatrièmement : Au mois d'octobre 1885, c'est-à-dire seize mois après les faits ci-dessus, le docteur David assigna Mademoiselle R. en paiement d'une somme de cinquante francs pour règlement d'honoraires de deux séances opératoires du mois de juillet 1884; car nous oublions de faire remarquer que, suivant l'affirmation du docteur David, non contestée par Mademoiselle R., les opérations pratiquées chez elle comprirent *deux séances* : les 23 et 24 juillet 1884.

Cinquièmement: A cette assignation du docteur David, Mademoiselle R. répond par une demande reconventionnelle de vingt mille francs de dommages et intérêts pour blessures, désordres, lésions diverses, causées dans la bouche par Monsieur le docteur David.

Ici notre enquête ne nous a pas permis de reconnaître que Mademoiselle R. eût été l'objet d'aucunes manœuvres, volontaires ou accidentelles, autres que celles indiquées par le but que se proposait l'opérateur, à savoir : préparer la bouche chez Mademoiselle R. pour qu'elle pût recevoir l'application d'un appareil prothétique.

On trouvera bien étonnant, du reste, que Mademoiselle R., si elle eût été effectivement blessée, comme elle le prétend, ait attendu le délai de *seize mois* pour formuler ses griefs et réclamer des dommages et intérêts. De plus, l'état de sa bouche ne nous montre rien de plus que ce qui était indiqué chirurgicalement dans le but que se proposait le Dr David et, enfin, il n'est nullement établi, ainsi que le prétend Mademoiselle R., que l'état actuel de sa santé soit le fait des opérations pratiquées dans sa bouche.

En conséquence, M. le juge de Paix, je suis d'avis :

1° Que le Docteur David est parfaitement fondé à réclamer de Mademoiselle R. des honoraires pour deux séances d'opérations préliminaires, et l'application convenue d'un appareil.

2° Que le chiffre de cinquante francs, réclamé par le docteur David, n'a rien d'exagéré.

3° Que Mademoiselle R. n'est nullement fondée à revendiquer des dommages et intérêts du docteur David, attendu que ce dernier a procédé, dans les soins qu'il lui a donnés, suivant les règles de l'art. »

Le tribunal de paix, « adoptant les conclusions conformes de l'expertise et de la contre-expertise, » rend le jugement suivant :

« 1° Statuant sur la demande principale : condamne Mlle R., à payer au docteur David la somme de 50 fr. à titre de soins et visites ;

« 2° Statuant sur sa demande reconventionnelle, reçoit Mlle R reconventionnellement demanderesse en la forme et au fond, la déclare non recevable en icelle.

« 3° Et pour le profit, la condamne en tous les dépens. » (4 février 1886.)

Mlle R. fait appel de cette condamnation, et voici le jugement qu'elle obtient devant le tribunal civil.

« Le Tribunal ...... jugeant en dernier ressort ...... attendu que la Demoiselle R. affirme qu'elle n'avait pas consenti à ce que David lui posât un ratelier ;

« Que l'ablation de ses dents a eu lieu sans que le dentiste lui en fasse connaître l'objet ; que par la suite et pour terminer tout différend, elle prétend qu'il a été convenu qu'on ne lui réclamerait pas d'honoraires, pas plus qu'elle ne réclamerait de dommages ;

« Attendu qu'enfin David n'a pas posé de ratelier à l'appelante, que dès lors l'ablation de ses dents a été une opération inutile pour elle et purement nuisible ;

« Attendu que la demande de David limitée à cinquante francs et le long temps écoulé avant sa réclamation en justice rendent invraisemblables les allégations de la demoiselle R.

« *Que dans tous les cas, l'opération pour laquelle des honoraires sont demandés ne lui a pas profité.*

« Par ces motifs: Reçoit la demoiselle R. appelante du jugement rendu contre elle par le Tribunal de Paix du VIe arrondissement de Paris le 4 février 1886, enregistré, et y disant droit, infirme le dit jugement et faisant ce que le premier juge aurait dû faire ;

« Déclare David mal fondé dans sa demande principale et déclare la demoiselle R. mal fondée dans sa demande reconventionnelle, les en déboute.

« Fait masse des dépens de première instance et d'appel pour être supportés un tiers par la demoiselle R. et deux tiers par David. (Tribunal civil de la Seine, 7e chambre. 7 juin 1887.)

On a quelque raison d'être étonné d'un pareil jugement.

Le juge de paix avait, ce nous semble, introduit dans la question les éléments d'une sage appréciation, en demandant l'avis de deux experts dont personne ne contestera la compétence et l'indépendance : MM. Desprès et Magitot.

Le tribunal civil de la Seine a cru devoir juger contrairement à ces avis et infirmer le premier jugement. Que doivent penser les deux experts, les véritables arbitres de la cause ?

Les considérants du jugement d'appel peuvent fournir matière à certains commentaires.

Était-il vraiment possible d'admettre que Mlle R.

ait subi malgré elle des opérations qu'elle n'aurait pas réclamées ? et cela en deux séances, sans être endormie? Si elle avait eu réellement à se plaindre des opérations pratiquées le 23 juillet, elle ne serait point venue les faire continuer le lendemain ? Mais laissons de côté nos assertions dont il est fait bon marché ; celles du Dr Delbet auraient dû suffire, pour établir : 1° qu'il avait adressé la cliente au dentiste ; 2° dans quel état étaient ses dents ; 3° qu'elle avait besoin d'un dentier.....

Le tribunal reconnaît inutiles et nuisibles les opérations faites à Mlle R.. parce que le dentier n'a pas été posé. Ce n'est d'abord pas le dentiste qui a arrêté la commande. Mais ces conclusions sont surtout inadmissibles au point de vue chirurgical, et je ne sache pas que, sur ce point, les magistrats se targuent d'une compétence incontestable. En effet, Mlle R. (50 ans) n'avait plus de dents à la mâchoire supérieure ; avec ses chicots mobiles, pointus, la mâchoire inférieure, ne pouvait s'appliquer sur l'autre sans la léser. En pareil cas, et sans prévision d'aucune application prothétique, n'est-il pas indiqué d'arracher, de réséquer les chicots pour permettre le rapprochement des deux arcades alvéolaires ? Par elles-mêmes, ces opérations, loin d'être nuisibles, ont donc été utiles à Mlle R. Elles étaient en outre nécessaires pour permettre l'application d'un dentier, et la cliente, qui, de l'avis de son médecin, en avait absolument besoin, l'aura ensuite fait faire ailleurs.

Mais il n'y a qu'à s'incliner : d'eux-mêmes, mieux que les experts, et contre l'avis des experts, les juges peuvent apprécier les questions de fait.

Autre point important.

Pour me refuser des honoraires, le jugement se base sur « ce que l'opération pour laquelle des honoraires sont demandés, n'a pas profité » à la cliente. En admettant qu'on doive ainsi le formuler (et nous avons démontré le contraire), ce considérant est gros de conséquences.

La jurisprudence n'a qu'à être ainsi établie et il sera impossible au médecin de se faire payer des soins quelconques.

S'il guérit, le malade pourra toujours soutenir qu'il n'a pas profité des soins reçus ;

S'il meurt, on poursuivra le médecin pour assassinat !

Dr Th. David,
directeur de l'École dentaire.

La preuve des honoraires réclamés par le médecin.

Le tribunal de Libourne vient de décider que la nature particulière de l'exercice de l'art médical dispense les praticiens, soit de l'apport d'une preuve écrite, soit d'une justification par témoin du nombre de leurs visites, dès lors qu'ils produisent des documents de comptabilité d'un caractère suffisamment probant.

Voici les considérants du jugement qui réforme une sentence d'un juge de paix :

« Attendu que, sans aller aussi loin que l'arrêt cité par l'appelant, d'après lequel les clients d'un médecin avant implicitement accepté de s'en référer à la bonne foi du praticien, auraient charge de prouver l'exagération de sa note d'honoraires, il faut reconnaître que la nature particulière de l'exercice de l'art médical dispense les praticiens soit de l'apport d'une preuve écrite, soit d'une justification par témoin du nombre de leurs visites, dès lors qu'ils produisent des documents de comptabilité d'un caractère suffisamment probant ; que, sans doute, leurs livres ne sauraient, au même titre que ceux des commerçants, faire foi en justice, mais que les tribunaux peuvent y puiser les présomptions suffisantes pour fixer leur conviction ;

Attendu, en fait, que le Dr G..., quoique n'ayant malheureusement pas l'habitude de recourir à la comptabilité spéciale des médecins, dont la tenue strictement régulière présente les plus sérieuses garanties, a, cependant, fourni au tribunal un agenda régulièrement tenu, offrant des caractères suffisants de sincérité, qui ne paraissent point avoir été produits devant le premier juge ;

Que ce document, rapproché d'autres éléments de la cause et notamment de la nature de la maladie traitée par G..., démontre que sa demande n'a rien d'exagéré ;

Par ces motifs,

Le tribunal réforme, etc... »

Observation. — Lorsque la somme réclamée par le médecin ne dépasse pas 150 fr., la preuve par témoins et par simples présomptions étant admissible, les livres des médecins peuvent tout au moins servir de présomptions, et par suite faire preuve contre le client. Mais si la somme réclamée par le médecin est au-dessus de 150 fr., la question est plus discutée.

(*Le Bulletin médical.*)

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

SYNDICAT DE COUTRAS.

Rapports entre médecins et pharmaciens (1),

Par le Dr A. BARAT-DULAURIER, ancien interne des hôpitaux de Paris.

(*Suite et fin.*)

Si le pharmacien a des obligations se rapportant à la clientèle et au médecin traitant, celui-ci, de son côté, a aussi des obligations à l'égard du pharmacien, dans lequel il doit, avant tout, voir un auxiliaire et un collaborateur.

C'est ainsi que, respectant le monopole du pharmacien, le médecin ne doit fournir des médicaments qu'en cas d'urgence et de péril imminent. Personne, en effet, ne saurait blâmer un praticien d'administrer, par exemple, un vomitif qu'il aurait sous la main à un individu, fût-il à la porte d'une pharmacie, qui viendrait d'avaler par mégarde un toxique. Mais, en dehors de circonstances tout à fait exceptionnelles, il devra s'abstenir. Si, d'un côté, la loi lui défend de délivrer des médicaments, sa propre considération doit aussi, lui conseiller de se renfermer dans l'exercice de son art. Les motifs qui nous ont porté à engager le pharmacien à ne point s'immiscer à la pratique médicale peuvent ici être invoqués, pour conseiller au médecin de s'abstenir de faire de la pharmacie.

(1) Travail lu au syndicat de Coutras, dans la séance du 14 juin 1887.

Il est bien entendu que je ne saurais avoir en vue le cas où un médecin se trouve à une grande distance d'une officine ouverte et où la loi même, dans l'intérêt de l'humanité, lui reconnaît le droit de délivrer à ses clients les remèdes qu'il croira utiles au rétablissement de leur santé.

Il se rencontre malheureusement, vous le savez, des médecins assez peu soucieux de leur dignité pour proposer au pharmacien de leur choix, de leur consentir des remises sur les ordonnances qu'ils leur enverront. Que se passe-t-il alors ? Si le pharmacien est honnête et s'il repousse avec indignation les ouvertures qui lui sont faites, il est infailliblement sacrifié et on s'adressera à un autre. Je suis bien certain que dans notre Syndicat aucun fait de ce genre n'est à redouter. Vous prononceriez avec mépris et dégoût l'exclusion de celui qui s'en rendrait coupable ; mais je sais pertinemment que de semblables situations existent. Je sais qu'il s'est rencontré des pharmaciens assez malhonnêtes, disons le mot, pour accepter ou proposer eux-mêmes de semblables marchés. Et alors, les ordonnances les plus dispendieuses affluent dans ce piège, dans ce traquenard tendu à la bourse et à la bonne foi du client. C'est un vol organisé savamment, dans l'ombre et le secret, auquel aucun homme soucieux de sa dignité ne voudra jamais prêter la main.

Dans d'autres circonstances, il s'est créé des associations entre médecins et pharmaciens pour exploiter une officine. Les différents projets de loi présentés à la Chambre maintiennent la prohibition dont la législation existante frappe de telles sociétés. L'intérêt social comme la dignité professionnelle exigent impérieusement des mesures coercitives applicables dans ces circonstances. On nous a assuré, mais nous osons à peine le croire, qu'un agrégé de l'une de nos Facultés de Médecine les plus importantes se montrait assez peu soucieux de la dignité professionnelle pour s'abaisser jusques à donner des consultations dans l'arrière boutique d'un pharmacien. C'est une monstruosité et une honte !

Si nous condamnons l'association d'un médecin et d'un pharmacien, nous ne saurions trop énergiquement flétrir le pharmacien qui se fait l'homme-lige des rebouteurs et des sorciers ou de tous autres exploiteurs de la crédulité publique.

Mais ce n'est pas tout. Si le pharmacien doit s'abstenir devant le public de tout commentaire sur le traitement prescrit, le médecin, de son côté, doit éviter, avec le plus grand soin, toute remarque pouvant porter préjudice au pharmacien et le déprécier dans l'esprit du client. Il doit se souvenir que chacune de ses paroles est relevée, commentée, interprétée et que, pour lui, plus que pour tout autre, le silence est d'or. S'il y a des observations à présenter sur tel remède ou sur telle ou telle préparation, il doit les présenter au pharmacien *seul*, sans prendre personne pour intermédiaire ou pour confident de ses récriminations.

En tenant compte de ce qui précède, il nous est possible de poser les règles suivantes :

Le médecin et le pharmacien doivent être considérés comme des collaborateurs ayant pour but le soulagement des malades.

La médecine et la pharmacie étant chacune exercée en vertu d'un monopole et nécessitant des études spéciales pour chaque profession, le médecin devra se borner à la pratique médicale ; de son côté, le pharmacien devra s'abstenir de s'immiscer, en aucune façon, au traitement des maladies.

Les bonnes relations et la bonne harmonie entre médecins et pharmaciens étant également avantageuses à la considération de chaque profession, on ne saurait trop engager les uns et les autres à s'abstenir de toute manifestation, de toute expression, pouvant être mal interprétée de la part du public.

Le pharmacien doit s'assurer de la qualité de ses produits. Il doit exécuter les ordonnances qui lui sont remises, sauf les cas d'erreur manifeste, et, dans toutes les circonstances, prévenir le médecin *seul* des modifications que la prudence lui aurait commandées d'introduire. Les substitutions d'un médicament à un autre ne doivent être effectuées qu'avec l'assentiment du médecin qui l'a prescrit.

Le médecin doit laisser à ses clients toute leur liberté dans le choix d'une officine quand le titulaire se conformera aux règles ci-dessus. Il doit réserver, pour les communiquer au pharmacien *seul*, toutes les observations qu'il aurait à produire relativement aux médicaments fournis.

Les remises faites au médecin sur les médicaments prescrits par lui sont une pratique honteuse que la morale réprouve comme l'honnêteté les proscrit. Il en est de même de l'association contractée par un médecin et un pharmacien dans le but d'exploiter une officine.

Malgré les précautions les plus minutieuses, il pourra cependant se faire que des conflits surgissent entre médecins et pharmaciens. Ces dissentiments ne sauraient qu'être préjudiciables aux uns et aux autres et, par conséquent, il importera d'éteindre, le plus promptement possible, ceux qu'on ne sera pas parvenu à éviter. Dans ce but, il serait souhaitable qu'un tribunal spécial fût institué avec mandat d'en connaître. L'impartialité exige que les deux parties y fussent également représentées. Or, partout il existe des sociétés médicales, associations ou syndicats ; presque partout aussi on trouve des associations professionnelles de pharmaciens. C'est aux unes et aux autres que nous voudrions voir confier le soin de trancher les conflits. Une commission mixte prise mi-partie dans les sociétés médicales et dans les sociétés pharmaceutiques remplirait le rôle de jury d'honneur dont les décisions devraient être loyalement acceptées par tous les intéressés.

Je crois, Messieurs et chers Confrères, que ces règles religieusement observées de part et d'autre, tendraient à relever, s'il était nécessaire, le niveau moral des deux professions, à assurer entre pharmaciens et médecins des relations cordiales également avantageuses à tous.

Je vous proposerai, en outre, de charger notre Secrétaire d'en adresser un exemplaire à chacun des pharmaciens exerçant dans la région de notre Syndicat.

Le syndicat a décidé d'envoyer un exemplaire imprimé du travail ci-dessus à chacun des pharmaciens de la région, ainsi qu'aux sociétés pharmaceutiques et aux autres syndicats médicaux du département.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Injection désinfectante antileucorrhéique.
(Chéron.)

Chlorate de potasse . . . . . . 12 grammes.
Laudanum de Sydenham . . . 10 —
Eau de goudron . . . . 300 —

Faites dissoudre. — Deux ou trois cuillerées à bouche pour chaque litre d'eau chaude, à employer en injections, matin et soir, dans le but de faire cesser l'odeur fétide des écoulements leucorrhéiques qui accompagnent parfois certains cas d'endométrite, de polypes, de corps fibreux, d'ulcération du col ou même de simple vaginite. La durée de l'injection sera chaque fois de cinq ou six minutes.

Moyen pour désinfecter l'huile de foie de morue.

Huile de foie de morue . . . 1000 grammes.
Goudron de Norwège . . . . . 4 —
Ammoniaque liquide . . . . . 20 —

Faites dissoudre, d'abord, le goudron dans l'ammoniaque, mélangez avec l'huile, agitez et faites bouillir jusqu'à cessation des vapeurs ammoniacales ; filtrez et ajoutez 8 gouttes d'essence de badiane.

(*Moniteur thérapeutique.*)

NOUVELLES

A l'occasion du 14 juillet, M. le Président de la République a accordé à notre confrère, le Dr Volonzac (de Marcillac), une médaille d'argent pour services rendus comme membre de la Société des médecins de l'Aveyron.

— La Société française d'hygiène vient d'organiser, de concert avec M. Grellety, une caravane hydrologique qui visitera sous son patronage les stations thermo-minérales du centre de la France, du 31 août au 10 septembre prochain.

L'itinéraire suivant a été adopté : Pougues, Saint-Honoré, Bourbon-Lancy, Bourbon-l'Archambault, Vichy, Saint-Yorre, Cusset, Néris, Chatel-Guyon, Royat (ascension du Puy-de-Dôme), La Bourboule (Ascension du Puits de Sancy) et le Mont-Dore.

La Compagnie des chemins de fer de la Méditerranée a bien voulu accorder une réduction de 50 p. 100 en faveur des excursionnistes qui prendront part à la caravane. Des prix spéciaux sont assurés dans les hôtels.

Dans toutes les stations qui doivent être visitées, des fêtes sont préparées pour recevoir la caravane, de concert avec les municipalités, les établissements d'eaux minérales, le corps médical, les Sociétés locales.

Cette excursion présentera un grand intérêt au point de vue scientifique, car des conférences seront faites dans chaque station par les médecins les plus compétents.

Ceux qui désirent y prendre part devront s'adresser pour les renseignements complémentaires, au siège de la Société française d'hygiène, 30, rue du Dragon.

Les listes d'adhésions seront closes le 20 août.

— L'Association française pour l'avancement des sciences nous communique le titre des conférences qui seront faites pendant la durée du Congrès de Toulouse, ainsi que la liste des excursions générales qui auront lieu à la même époque.

Conférences : 1° M. Fouqué, membre de l'Institut, « Les tremblements de terre » ; 2° M. Janssen, membre de l'Institut, « La photographie céleste »

Excursions générales. — 1° Le 25 septembre 1887 : Prise d'eau du canal du Midi, Saint-Féréol, Lampy et Carcassonne ; — 2° le 27 septembre : Carmaux (mines et verrerie), Albi, Saut du Tarn et Saint-Juery.

De plus, une excursion finale est organisée dans les Pyrénées. Elle aura une durée de trois jours et comprendra : Saint-Bertrand de Comminges, Valcabrère, Mauléon-Baronsse, Siradan-Sainte-Marie, Saléchan, Luchon, la Vallée du Lys, Le Portillon, Lez, Bozost, Saint-Béat. — Une excursion complémentaire est également préparée faisant suite à la précédente ; elle comprendra : Arreau, Bagnères-de-Bigorre, le Pic du Midi, Baréges, Luz, Saint-Sauveur, Gavarnie, Pierrefitte-Nestallas.

— Le Conseil municipal de Paris a voté, dans sa séance du 30 juillet, la création, dans chaque arrondissement de Paris, d'un dispensaire pour enfants malades, suivant le modèle du dispensaire scolaire du 1er arrondissement.

— L'inauguration de la statue de P. Broca, fondateur de la Société d'anthropologie de Paris, a eu lieu le samedi 30 juillet, à dix heures du matin.

Suivant la demande expresse de la famille, la cérémonie a eu un caractère tout intime ; aucun discours en réalité, n'a été prononcé. M. Floix, en remettant à la Société la statue du savant regretté, s'est borné à dire quelques paroles comme président de la commission, pour rappeler l'origine de la souscription à laquelle ont pris part de nombreux médecins et savants français et étrangers, ainsi qu'un certain nombre de villes et de Sociétés scientifiques et médicales.

Dans une courte allocution, M. le docteur Magitot, président de la Société d'anthropologie, a remercié les membres de la commission ainsi que les artistes qui ont bien voulu faire partie du jury chargé de désigner le projet à exécuter.

Enfin M. de Quatrefages, a déposé au pied de la statue de Broca deux couronnes : la première à titre de délégué de la Société des amis des sciences naturelles d'anthropologie et d'ethnographie de Moscou, la seconde comme représentant M. Anatole Bigelanow fondateur et Président de cette Société.

La statue, érigée sur le terre-plein situé au coin de la rue de l'Ecole-de-Médecine et du boulevard Saint-Germain, est l'œuvre de M. Chapuis, elle a figuré au Salon de 1887 et a obtenu une troisième médaille ; elle mesure 2 mètres 20 de hauteur. Broca est debout, en redingote, nu-tête ; il contemple, rêveur et méditatif, un crâne qu'il tient de la main gauche, tandis qu'il a un crâniomètre dans la main droite.

Le piédestal, haut de 2 mètres 80 porte sur sa façade principale l'inscription suivante : PAUL BROCA FONDATEUR DE LA SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE, PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, SÉNATEUR 1824 — 1880.

Sur la face postérieure est gravée cette autre inscription :

CETTE STATUE A ÉTÉ ÉRIGÉE PAR SOUSCRIPTION UNIVERSELLE, SOUS LES AUSPICES DE LA SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE DE PARIS, LE 31 JUILLET 1887.

BIBLIOGRAPHIE

Aux bureaux du *Progrès médical*, Paris, 14, rue des Carmes, Paris.

La 3e édition revue et augmentée du *Manuel pratique de la Garde-Malade et de l'Infirmière*, publié par le Dr Bourneville, médecin de Bicêtre, directeur des écoles municipales d'infirmières, avec la collaboration de MM. Blondeau, de Boyer, Ed. Brissand, Budin, H. Duret, G. Manonry, Monod, Poirier, Ch. H. Petit-Vendol, P. Regnard, Sevestre et P. Yvon.

Tom. I : Anatomie et physiologie, prix. 2 fr.
Tome II : Pansements, prix . . . . . . 3 fr. 50
Tome III : Femmes en couches. Médicaments. Petit Dictionnaire, prix . . . . 2 fr.
Les trois volumes réunis, prix : 5 fr.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St André

Neuvième année — No 33 — 13 Août 1887

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

CONGRÈS D'HYGIÈNE DU HAVRE

Le vendredi 5 août, le *Congrès national d'hygiène* a tenu sa première séance dans le palais de la Bourse.

Y assistaient : les membres de la Société d'hygiène du Havre, des médecins, des ingénieurs, des hygiénistes.

Voici quelques noms :

MM. *Brouardel*, doyen de la Faculté, président du comité d'hygiène ; Proust, inspecteur général des services sanitaires ; Vallin, Napias, Seney, Duriau, Deshayes, Weigerber, A.-J. Martin, Descouts, Serres, Bertillon, Margueritte, Le Prévost, Le Cène, Fauvel, Pusch, Launay, Cézilly, Monin du *Gil Blas*, Gaullier, Blaise, Huguet, Daremberg, des *Débats* ; MM. Wery-Lefebvre et Philippe, vétérinaires ; Nicolas, directeur au ministère du commerce, etc.

Nous voyons dans l'assemblée : MM. Siegfried et Félix Faure, députés ; M. Mallet, président de la Chambre de commerce ; M. Marzin, commandant du port du Havre ; M. Marais, adjoint au maire du Havre ; M. Quinette de Rochemont, ingénieur en chef du port ; M. Widmer et M. Desprez, ingénieurs, etc.

Le programme du Congrès portait :

Prophylaxie des maladies pestilentielles exotiques à bord des navires en cours de voyage. — Projet d'une instruction à l'usage du personnel naviguant, Médecins, Capitaines et Officiers de la Marine de commerce.

A neuf heures, M. *Widmer*, président de la *Société d'hygiène* du *Havre*, ouvre la séance par un discours très applaudi et qui se termine ainsi :

« Messieurs, je déclare vos séances ouvertes et, pour entrer en matière, je vous invite à nommer votre bureau ; je vous propose de choisir comme présidents MM. Brouardel et Proust, et comme secrétaire M. le docteur Gibert. »

Cette proposition est acceptée à l'unanimité.

M. Proust et M. Brouardel prennent place au bureau avec M. Gibert, qui donne alors lecture de l'intéressant exposé dont nous extrayons le passage suivant :

Messieurs,

Il suffit de vivre pendant quelques années et moins que cela, dans un port de commerce, pour entendre les doléances des négociants, au sujet des quarantaines et pour entendre, chose plus extraordinaire, des assertions comme celle-ci : « La médecine n'a pas fait de progrès comme les autres sciences ; elle ne sait guérir ni la fièvre typhoïde, ni le choléra, ni la variole, ni la diphthérie. Tant que vous n'aurez pas des remèdes certains pour guérir ces maladies, me disait dernièrement un armateur, vous n'aurez rien fait pour nous. » Etrange assertion, en vérité, et aussi fausse qu'elle est répandue.

Sans doute, dirons-nous, la médecine n'a pas de remèdes triomphants et immédiats pour guérir les empoisonnements ; sans doute, elle ne peut pas tirer d'affaire une personne qui a pris un poison à dose toxique pas plus qu'un malade atteint de typhus grave, de fièvre jaune à marche foudroyante, de variole noire ; mais elle a fait bien plus que de trouver le remède que vous demandez, ce qui est demander l'impossible; elle a trouvé les vraies causes de toutes ces grandes maladies, et, pour un grand nombre d'entre elles, ces causes sont si bien trouvées et connues, qu'on peut les faire passer sous vos yeux, sans danger, en culture, comme vous cultivez dans vos jardins des roses et des lilas.

Depuis que, grâce au génie de celui qui sera peut-être le plus grand homme du XIXe siècle, et, à coup sûr, le plus grand bienfaiteur de l'humanité, j'ai nommé Pasteur, on sait qu'il n'y a pas de génération sponta-

née et par conséquent que l'homme ne crée rien, pas plus la vie que la maladie, qui est une fonction de la vie ; depuis que l'on sait, sans qu'on puisse en douter, à moins d'une étrange et inexplicable prévention systématique, que toutes les maladies contagieuses et transmissibles qui font les grandes épidémies sont dues à des germes matériels, cultivables et facilement observables, on sait du même coup qu'on peut se préserver de l'éclosion généralisée de ces germes. On sait, en un mot, que la médecine, pour toutes ces maladies, est entrée dans l'hygiène et n'en est plus qu'une section ; on sait que le mot d'épidémie n'a plus le sens qu'il a eu pendant tant de siècles, qu'il n'existe plus de *quid ignotum*, suspendu comme une épée sur nos têtes, et qu'aujourd'hui, étant donnée la connaissance du premier cas de la maladie la plus terrible, la plus meurtrière, il sera toujours et partout facile d'en empêcher un second, pourvu que ces deux termes soient joints : *déclaration du premier cas et isolement du malade*. En un mot, la science, aujourd'hui, peut affirmer qu'elle a entre les mains des moyens de défense toujours proportionnés à l'attaque, si du moins on veut lui procurer les armes qu'elle réclame.

Et ce n'est pas une vaine assertion que j'émets en ce moment, Messieurs. Je n'ai que l'embarras du choix pour citer des exemples. Il y a un siècle, Jenner trouvait, dans la vaccine, le remède infaillible contre la variole. Eh bien ! au bout d'un siècle, il y a encore de la variole en Angleterre, mais il n'y en a plus en Allemagne. N'avez-vous pas vu dernièrement, Messieurs, et pour ma part, j'ajoute, avec un sentiment mélangé d'envie et d'admiration, que l'Allemagne avait supprimé la rubrique de variole dans ses bulletins démographiques, parce qu'elle n'a plus de variole. Si bien qu'il y a deux mois à peine, un médecin allemand de passage au Havre, vint chez moi me demander de lui montrer un varioleux, parce qu'il n'en avait jamais vu. L'Allemagne est-elle arrivée *par hasard* à un pareil résultat ? Non, Messieurs. Elle y est arrivée parce qu'elle a pris des mesures administratives sévères et efficaces, parce qu'en un mot elle a fait entrer la science dans les mœurs, dans la pratique courante.

Ce que l'Allemagne et, moins bien qu'elle, l'Angleterre ont fait pour la variole, on peut dire qu'à bien peu d'exceptions près, la science peut prédire et, mieux que cela, réaliser le même résultat pour toutes les autres maladies. Ne l'avons-nous pas vu, ces dernières années, sur notre propre territoire ? Le choléra faisant soudainement son apparition à Yport, par le fait de matelots qui avaient pris le choléra à Cette et qui avaient traversé la France avec leur effets souillés, et y tuant les sept premières personnes atteintes, a été éteint sur place.

L'année suivante, et à deux reprises différentes, en Bretagne, on arrivait au même résultat et on empêchait ce terrible fléau de se propager. . . . . »

A la suite de l'allocution chaleureusement applaudie de M. Gibert, membre correspondant de l'Académie, le créateur des dispensaires de France et (avec M. Launay) du bureau d'hygiène du Havre, le congrès a étudié les moyens d'empêcher l'introduction en *France*, par les navires, des maladies pestilentielles exotiques.

Ce moyen consiste dans l'exécution, à bord du navire, de mesures d'assainissement et de désinfection pour s'opposer à l'invasion d'une maladie pestilentielle et empêcher sa propagation et son importation dans les ports d'escale et de destination, si elle a envahi le navire.

Un des plus anciens membres du Concours médical, l'honorable et savant directeur de la Santé du Havre, le Dr *Launay*, avait rédigé, pour être soumis à l'examen du congrès, un *projet d'instructions* par lequel il fait connaître aux médecins et capitaines de navires les mesures d'assainissement et de désinfection qui doivent être exécutées et la manière dont elles doivent être pratiquées.

Le Congrès, dans ses deux premières séances, a étudié ce projet d'instruction et l'a adopté, après lui avoir fait subir quelques modifications de peu d'importance.

Nous publierons, plus tard, le texte modifié par le Congrès, de ces *instructions* ; nos confrères pourront bénéficier de ses indications en vue des maladies épidémiques qu'il leur est donné de combattre.

Après que ces mesures d'hygiène ont été étudiées, MM. Proust et Brouardel ont voulu soumettre au Congrès une question importante : celle de la diminution et de la suppression des quarantaines.

La Société d'hygiène du Havre n'avait pas eu l'intention de faire traiter cette question ; mais son importance était telle qu'à une grande majorité il fut décidé qu'elle serait traitée, et appel fut fait aux armateurs et directeurs des compagnies de navigation pour qu'ils voulussent bien assister à la troisième séance du Congrès et faire connaître leurs idées.

M. Proust renouvela les propositions qu'il avait faites à l'Académie de médecine dans le remarquable rapport qu'il lut à cette société, le 1er février 1887, sur la désinfection des navires, et il déclara au Congrès que les quarantaines d'observation seront supprimées lorsque des mesures d'assainissement et de désinfection seront *sérieusement* exécutées à bord des navires, pendant la traversée. Pour que ces mesures d'assainissement soient réelles, il demanda l'embarquement, sur les navires portant des passagers, d'un médecin instruit, indépendant des compagnies de navigation, nommé par le gouvernement. Il affirmait que les capitaines des navires sont incapables de prendre ces mesures, dont l'exécution réclame des connaissances spéciales et quels médecins actuellement embarqués, qui sont trop *souvent de simples étudiants*, n'ont pas des connaissances médicales suffisantes ; ou, ayant ces connaissances, n'ont pas, à bord des navires, l'indépendance voulue pour les faire exécuter complètement. Il termine son discours en déclarant que si les compagnies de navigation veulent voir disparaître les quarantaines, elles n'ont qu'à embarquer sur leurs navires des médecins instruits, nommés par le gouvernement, qui aient le droit d'exiger les mesures d'hygiène que le Congrès vient de voter.

MM. *Mallet*, président de la Chambre de commerce du Havre, et *Félix Faure*, député, ayant compris que le médecin va être *imposé* à tous les navires, prennent successivement la parole. Ils disent que les honoraires qu'il faudra payer à ces médecins seront trop onéreux pour les Compagnies et que leur indépendance sera à bord du navire la cause de conflits perpétuels avec le capitaine.

M. *Brouardel*. — « Je constate ici une résistance qui m'étonne. A Marseille, le commerce s'est plaint que la dernière épidémie cholérique lui avait fait perdre 200 à 300 millions. Le système actuel a coûté des milliards à l'Europe et des centaines de mille âmes. On nous demande une amélioration

à l'ancien état de choses ; nous ne nous y refusons pas ; nous faisons des concessions ; mais nous n'aurons de sécurité qu'avec des agents nommés et révocables par nous. Il faut des hommes compétents et les capitaines les plus intelligents ne présentent pas une garantie suffisante.

M. *Poudavigne*. — Le recrutement des médecins diplômés sera impossible. Déjà, il n'y a pas assez de médecins pour la marine de l'Etat. D'ailleurs, avec les conditions que l'on propose, les médecins seraient mieux traités que les capitaines.

M. *Gibert* parle sur le recrutement du corps de santé maritime. Il trouve que les compagnies d'armement doivent chercher leur intérêt ailleurs que là où elles l'ont cherché jusqu'ici.

M. *Félix Faure*. — Nous ne sommes pas plus intransigeants que vous. Vous nous demandez de nous entendre pour diminuer les frais et les pertes causés par les quarantaines, soit. Mais ne nous obligez pas à avoir tel ou tel médecin que vous voudrez. Soucieux autant que qui que ce soit de la santé publique, nous refusons seulement un médecin nommé envers et contre tous.

M. *Brouardel*. — Une simple question, Monsieur Félix Faure : Si vous aviez la responsabilité de l'introduction d'une épidémie de fièvre jaune ou de choléra en France, l'accepteriez-vous sur le simple dire d'un agent dont vous n'êtes pas sûr ?

M. *Félix Faure*. — La garantie est dans le diplôme et non pas dans la nomination par le gouvernement.

M. *Proust*. — Mais le médecin simplement commissionné est révocable par la Compagnie. S'il parle contre elle, il risque son pain. Dès lors, quelle foi avoir en lui ? Je constate à regret que vous n'acceptez pas un terrain de conciliation. Nous resterons donc dans le *statu quo*.

M. *Mallet*. — Soit : ne changeons rien à ce qui se passe. Les navires qui accepteront le *statu quo* resteront soumis aux quarantaines ; ceux qui accepteront des médecins nommés par le gouvernement ne seront plus assujettis à ces lois. Les armateurs seront tout à fait libres d'agir dans un sens comme dans l'autre.

M. *Brouardel*. — C'est cela ! C'est ce que nous avons demandé au gouvernement.

Après quelques observations de MM. *Vallin et Napias*, M. *Félix Faure* précise ainsi la question :

« Tout navire qui se soumettra aux prescriptions aura la libre pratique ; sinon, non. »

En prenant acte de cette déclaration, l'orateur ajoute que, par suite du nouveau point de vue auquel on se place, le règlement projeté et discuté ne servira pas, puisque, pour lui donner une valeur sérieuse, la présence du docteur nommé par l'Etat est indispensable.

M. *Brouardel*. — « *Nous n imposons rien, chacun est libre. Ceux qui ne voudront pas accepter un médecin nommé par l'Etat resteront soumis aux anciens règlements*. »

Sur ces paroles, le Congrès est clôturé.

Le Congrès du Havre est le corollaire de ceux d'Anvers et de Rome.

Dans les premières séances, il a précisé les désinfectants utiles : sulfate de cuivre, chlorure de chaux, sulfate de zinc, sublimé, fumigations sulfureuses.

Les membres du Congrès ont assisté aux expériences des étuves à désinfection par la vapeur surchauffée, à un minimum de 106 degrés, sur la *Favorite* et sur un chaland destiné à aller, à bord des navires, leur porter une étuve lorsqu'ils en seront dépourvus. Les appareils *Leblanc* et *Pierron-Dehaitre* ont été sérieusement examinés.

On est convenu de toutes les mesures de propreté personnelle qui seront obligatoires, et, notamment, de l'emploi répété des douches et du mode d'emploi des désinfectants pour les objets souillés.

Sur ces divers points, l'accord s'est fait aisément, puisque, dès qu'une difficulté se présentait, elle était tranchée par l'autorité des maîtres, MM. Brouardel, Proust, Bergeron, Vallin, Launay, Gibert, Napias et tant d'autres.

Mais lorsqu'on a abordé le point capital : quel sera l'agent responsable de l'exécution sérieuse des *instructions*? — les médecins, les hygiénistes disaient : Il faut, à bord des navires à passagers, un docteur en médecine indépendant comme l'est M. le docteur Launay, directeur de la Santé du Havre, qui ne connaît que son devoir et fait respecter tous ses droits.

Quand ce médecin dira à *La Santé* : j'ai rempli les instructions du Congrès, dans leur rigueur, le médecin sanitaire donnera de suite libre pratique.

Les armateurs répondaient : Vous nous ruinerez si vous nous imposez un médecin payé par nous ; nous ne gagnons pas assez pour y suffire. Le médecin sera en conflit perpétuel avec la Compagnie, et l'autorité des capitaines ne doit pas subir la moindre atteinte à bord.

C'est alors qu'il a fallu toute l'autorité, tout le tact des membres du Bureau pour éviter le conflit. Heureusement que MM. Brouardel et Proust avaient bien jugé de l'importance du Congrès. Leur présence a tout pacifié. Le gouvernement offrira des avantages aux navires qui lui offriront des garanties. Il appartient désormais aux armateurs de faire leur choix ; en outre, nous croyons que, désormais, les *médecins sanitaires*, lorsqu'ils constateront que le navire, sans médecin, avait à bord tous les moyens de désinfection et notamment l'étuve à 106 degrés, que toutes les prescriptions de l'instruction auront été exécutées par le capitaine, les rigueurs de la quarantaine seront adoucies.

Mais il demeure bien entendu que le droit à la suppression de la quarantaine n'appartiendra pas à ce navire, même s'il a embarqué un *médecin commissionné*, payé et *révocable par les armateurs*, et par conséquent dans leur dépendance étroite.

La quarantaine sera supprimée pour tout navire qui embarquera un *docteur en médecine nommé par l'Etat, payé par les Compagnies, mais complètement indépendant vis-à-vis de l'armement et du commandement*.

Si l'entente n'est pas absolue, si des difficultés

subsistent encore, cela n'a pas dépendu de la façon dont le Congrès a été présidé, nous venons de le dire.

Nous devons ajouter que l'hospitalité somptueuse du Dr Gibert le vendredi 5 et celle de la ville du Havre, le samedi 6, au Banquet de Frascati, n'ont pas peu contribué à adoucir les frottements trop violents. Les toasts du samedi portent témoignage de la bonne volonté des parties. Le Congrès d'hygiène du Havre inaugurera, nous l'espérons, sinon la suppression, au moins la diminution des rigueurs des quarantaines. Bientôt les armateurs ne voudront plus embarquer que des médecins dépositaires de la légitime autorité de l'État, pour l'exécution rigoureuse des grandes mesures qui doivent préserver le monde de l'extension de la fièvre jaune, de la peste et du choléra.

Henri Cézilly.

LA SEMAINE MÉDICALE

Crampe des écrivains consécutive à la compression du nerf cubital.

Par M. Féré, médecin de la Salpêtrière.

La crampe des écrivains ne se développe guère que chez des sujets prédisposés, névropathes à un titre quelconque, mais elle se montre vraisemblablement sous l'influence de causes déterminantes très diverses. J'ai observé, il y a quelque temps, un sujet névropathe chez lequel le spasme fonctionnel, connu sous le nom de crampe des écrivains, s'est développé en conséquence d'une compression du nerf cubital.

Le malade s'était endormi appuyé sur son coude droit; quand il se réveilla, il ressentit dans le bord interne de l'avant-bras et de la main, une sensation d'engourdissement avec picotements douloureux. Pendant la soirée, il fut sans cesse tenu en éveil par de petites secousses dans la région interne de la paume de la main. Le lendemain, les spasmes avaient plutôt augmenté d'intensité et empêchèrent complètement le malade d'écrire.

La compression du nerf cubital, on le sait, est facilement réalisée au niveau de la gouttière épitrochléenne, mais elle peut également se produire à la partie inférieure de l'avant-bras comme le prouvent bien certains cas de névrites professionnelles décrits par Leudet. Certaines attitudes de l'écriture dans lesquelles l'avant-bras porte à faux sur un angle saillant pourraient peut-être rendre compte de la production de la crampe.

Gallard a déjà fait remarquer que ce spasme ne se développait pas toujours chez les individus qui écrivent le plus, mais souvent chez de hauts fonctionnaires qui écrivent peu. Il est possible que la suractivité cérébrale constitue chez ces derniers une cause prédisposante importante, mais le fait que je viens de signaler montre que l'on peut provoquer une crampe des écrivains en s'endormant dans une position vicieuse. »

La droiterie et la gaucherie sont-elles fonctions de l'éducation ou de l'hérédité ?

M. *Galippe* a fait à ce sujet une intéressante lecture à la Société de Biologie (1). — Dans une note présentée récemment à la Société, M. Debierre (de Lyon) s'est proposé de résoudre la question suivante : Le développement des membres du côté droit l'emporte-t-il originairement sur celui des membres du côté gauche ? En d'autres termes, est-on droitier ou gaucher de naissance, ou le devient-on seulement par éducation ?

Dans un travail publié en 1884, sur les propriétés physiques et la constitution chimique des dents, j'avais mis en lumière ce fait assez inattendu que les dents, du côté droit, sont plus volumineuses que celles du côté gauche et ont également une densité plus considérable.

Depuis cette époque, j'ai étudié de nouveau la pathologie comparée des maxillaires droits et des maxillaires gauches et il me semble que M. Debierre a tiré de ses expériences des conclusions trop générales.

M. Debierre a pesé comparativement les membres de onze sujets de moins de deux ans, dont trois de six à sept mois, et huit enfants de la naissance à deux ans.

Avant de choisir sa méthode de vérification, M. Debierre a dû considérer son hypothèse comme démontrée, car il ne se demande pas si parmi les êtres qu'il a pesés, il n'y en avait pas qui, contrairement à sa doctrine, étaient destinés à devenir des gauchers ou des droitiers. Quoi qu'il en soit, cette première série de pesées donne des résultats à peu près égaux pour le membre supérieur droit et pour le gauche. Pour le membre inférieur, le côté gauche l'emporte. Il est une observation importante qu'il convient de faire immédiatement, c'est qu'il y a des hémi-droitiers et des hémi-gauchers, c'est-à-dire que chez un droitier, le membre supérieur droit étant le plus développé, le membre inférieur gauche l'emporte sur le membre inférieur droit ; le fait inverse s'observe chez les gauchers.

Ayant mesuré la longueur maxima des os, M. Debierre a obtenu des résultats différant très peu entre eux. Dans ses moyennes, la longueur de l'humérus gauche l'emporte légèrement sur la longueur de l'humérus droit ; pour le radius et le fémur, c'est le côté droit qui l'emporte. Comme les différences ne sont pas, nous le répétons, très considérables, l'auteur en tire la conclusion suivante : Originairement, la longueur des os ne prédomine pas d'un côté sur l'autre. Ici encore, c'est l'habitude qui crée les différences ; en résumé, dit M. Debierre, en s'éloignant un peu de la conclusion précédente, pour se rapprocher de celle de Broca, nous sommes droitiers parce que nos ancêtres l'étaient, mais nous le sommes essentiellement par éducation. Il nous semble qu'il eût été plus logique de dire : si chez le fœtus et chez le jeune enfant il y a harmonie complète, c'est que notre type primordial était parfaitement symétrique, c'est-à-dire ambidextre, et que c'est uni-

(1) *Semaine médicale* (3 août).

quement par l'éducation que nous devenons droitiers ou gauchers.

Nous pensons qu'il n'en est pas ainsi et que c'est bien plus par hérédité que par éducation que nous devenons droitiers ou gauchers. Cela est surtout frappant pour les gauchers. Si l'éducation était le seul facteur en vertu duquel nous sommes ou droitiers ou gauchers, nous comprendrions que le développement d'un côté se fît aux dépens de l'autre. Il y aurait ainsi un côté fort et un côté faible ; le côté faible pourrait être appelé par l'éducation à devenir le côté fort ou réciproquement. Cette déséquilibration purement artificielle ne devrait produire autre chose dans le côté non exclusivement exercé qu'une diminution dans la force. Mais nous savons que cette infériorité se traduit non seulement par une diminution de l'énergie, mais encore par une différence dans la composition chimique des organes. Si, d'autre part, nous observons les maxillaires supérieurs et inférieurs droits ou gauches, nous voyons que les anomalies sont plus fréquentes à gauche qu'à droite. Pour la théorie exclusive de l'éducation, il suffirait qu'il y eût prédominance d'un côté au point de vue physique, chimique et mécanique, et que l'autre restât normal. Or, il n'en est pas ainsi, comme nous allons essayer de le démontrer :

En bornant notre enquête aux maxillaires, nous avons constaté que ce sont surtout les maxillaires gauches qui, chez les droitiers, sont le siège de lésions de développement, anomalies d'éruption, de nutrition : le maxillaire lui-même est moins développé à gauche qu'à droite.

Chez le gaucher, c'est l'inverse ; mais les observations sont moins fréquentes, parce que les gauchers sont relativement rares.

Tous ceux qui s'occupent de pathologie dentaire ont été frappés de ce fait que les accidents provoqués par l'éruption de la dent de sagesse sont plus fréquents à gauche qu'à droite.

L'observation des faits m'a montré qu'on n'avait pas impunément des anomalies dentaires, que ces anomalies soient sous la dépendance d'un arrêt de développement de la base du crâne, retentissant sur la forme de la voûte palatine, dont l'atrésie est plus ou moins marquée, ou que ces anomalies soient attribuables à la migration ou à des troubles survenus dans le développement du follicule dentaire. Ces anomalies sont souvent héréditaires et elles témoignent toujours de l'existence d'une tare plus ou moins grave. Pour ce qui regarde la dent de sagesse, nous signalerons l'horizontalisme de cette dent. Depuis plusieurs années que cette influence du côté a attiré mon attention, j'ai recueilli dans ma clientèle privée ainsi que dans les hôpitaux un certain nombre d'anomalies, et j'ai observé, au moins dans la limite des faits personnels que j'ai recueillis, que chez les droitiers les anomalies étaient moins fréquentes à droite qu'à gauche. Je ne me crois pas pour cela autorisé à conclure fermement qu'il en est toujours ainsi.

Quoi qu'il en soit, sur 64 observations d'anomalies faites par moi, abstraction faite des cas assez nombreux dans lesquels les anomalies étaient symétriques, j'ai relevé 41 anomalies à gauche et 23 à droite.

Si, d'autre part, on veut bien remarquer que 3 observations portées au bénéfice du côté droit, doivent en être retranchées, puisqu'elles appartenaient à des gauchers, nous avons alors :

Anomalies portant sur le maxillaire gauche. 41

Anomalies portant sur le maxillaire droit... 20

Ce qui fait une proportion supérieure à 50 0/0 en faveur du côté gauche.

Il semble donc résulter de tout ce qui précède que chez les droitiers le maxillaire gauche constitue un lieu d'élection pour les anomalies, tandis que ce serait le maxillaire droit chez les gauchers qui présenterait cette particularité.

L'éducation ne suffit pas davantage à faire des gauchers, car ceux-ci sont relativement rares.

A d'autres points de vue les gauchers sont très particuliers et s'écartent plus ou moins de la généralité des hommes pour entrer dans cette classe si intéressante, à laquelle Morel et Magnan ont donné le nom de *dégénérés*.

La conclusion que l'on peut tirer de ces documents, c'est que l'on *n'est pas impunément gaucher*.

Je crois qu'il est sage de conclure, en se basant sur les faits et sur les documents qui précèdent que nous sommes *droitiers par atavisme* et *gauchers par hérédité morbide*.

On ne connaît pas de race primitive qui soit exclusivement droitière ou gauchère. »

De la pachydermie du larynx.

Les affirmations contradictoires qui ont été émises dans la presse politique au sujet de la nature de la maladie du prince impérial d'Allemagne nous engagent à reproduire la communication suivante, faite par M. Virchow, à la Société de médecine de Berlin le 27 juillet :

« Les discussions récentes soulevées par l'affection laryngée d'une haute personnalité de l'Empire, a dit M. Virchow (1), m'ont engagé à vous entretenir de cette question.

Déjà en 1881 et 1882, lors de mon séjour à Wurzbourg, j'avais engagé un de mes élèves, M. Reiner, à faire une série de recherches d'histologie normale et pathologique sur le larynx.

M. Reiner constata que l'épithélium pavimenteux du pharynx dépassait les limites de l'épiglotte et pénétrait en arrière dans l'espace interaryténoïdien ; la disposition de cet épithélium dans le larynx varie suivant les points que l'on examine. A la face postérieure de l'épiglotte, cet épithélium n'occupe qu'une ligne mince ; au niveau des ligaments aryépiglottiques, il est un peu plus abondant, mais, en arrière, entre les deux cartilages aryténoïdes, il descend dans toute la largeur de cet espace, passe de là sur les cordes vocales, recouvre la surface supérieure de celles-ci et ne se termine qu'au niveau de leurs extrémités antérieures. Dans l'espace situé entre le bord de l'épiglotte et les cordes vocales, les rapports varient, mais il y a toujours une portion

(1) *Semaine médicale.*

de muqueuse plus ou moins grande qui est recouverte de l'épithélium vibratile; parfois même il en est ainsi pour toute l'étendue de l'espace interaryténoïdien. Il conviendrait peut-être de faire de nouvelles recherches à ce sujet ; mais ce qui est certain, c'est que la couche d'épithélium pavimenteux des cordes vocales intercepte nettement la zone dite supérieure de l'épithélium vibratile du larynx.

Les altérations qui peuvent intéresser ces parties sont des processus inflammatoires chroniques. Il y en a surtout deux formes qui dépassent les limites du catarrhe chronique ordinaire et doivent en être différenciées. Ce sont : 1° les processus qui s'accompagnent surtout de la formation d'une plus grande quantité d'épithélium et dans lesquels avec le temps cet épithélium revêt un caractère épidermoïdal ; 2° les processus qui intéressent plus spécialement le tissu conjonctif, et qui y produisent des boursouflures diffuses ou localisées.

J'ai désigné, il y a quelque temps, ce groupe de processus par le nom de *Pachydermia*, dénomination qui est de plus en plus acceptée par mes élèves. Dans sa thèse de doctorat, M. Hühnermann a traité ce sujet d'une façon complète ; d'après cet auteur, les deux processus dont je viens de parler ne peuvent être classés dans un seul et même groupe ; car, dit-il, les boursouflures diffuses siègent surtout dans les parties postérieures du larynx et en particulier sur la partie postérieure des cordes et de leur entourage immédiat, dans la région de l'apophyse vocale, tandis que les autres formes — les formes verruqueuses — envahissent plus souvent, ainsi que cela a lieu dans le cas actuel, les parties antérieures. Je crois que cette différence est plus apparente que réelle. Les régions envahies par les boursouflures diffuses correspondent aux parties où il y a peu de tissu lamineux, telles que la région de l'apophyse antérieure du cartilage aryténoïde, là où la couche muqueuse se continue immédiatement avec le périchondre. Il est vrai qu'à cet endroit on observe des boursouflures particulières et des altérations spéciales encore peu ou pas du tout étudiées. Ce processus ne subsiste jamais à l'état isolé, il se complique toujours d'une ulcération des cordes vocales : on remarque à l'œil nu une couche épaisse, blanchâtre ou grisâtre, qui s'en détache facilement et qui n'est autre chose que de l'épithélium épaissi et devenu épidermoïdal. Sous le microscope, on voit que la boursouflure est composée de papilles nombreuses, alors que normalement il n'existe pas de papilles à cet endroit. Il n'est pas rare, en outre, de voir se propager l'affection à l'espace interaryténoïdien et on peut voir survenir des fissures et des rhagades complètes, de sorte que la physionomie de l'affection ressemble aux débuts d'un cancroïde et peut conduire à une erreur de diagnostic.

Je rejette le nom de <u>papillome</u> donné à cette affection, car, dans les cas de carcinome, un aspect papilliforme n'est pas rare, de sorte que le nom de papillome s'adapte à la fois à deux processus très différents. On peut désigner cette affection sous le nom d'épithéliome, car la prolifération de l'épithélium est en réalité le fait caractéristique. Mais quand on procède d'une manière scientifique, on ne peut distinguer que les épithéliomes hyperplasiques et les épithéliomes hétéroplasiques. Or, en pratique, il est très facile de confondre ces deux formes et, dans un cas spécial, il n'est pas toujours possible de reconnaître exactement si l'on a affaire à la forme hétéroplasique, c'est-à-dire au carcinome, ou à la forme hyperplasique, c'est-à-dire à une granulation ou prolifération de la couche superficielle. Cette prolifération commence par l'épithélium, qui, peu à peu, est envahi par des papilles. Ce processus s'observe au larynx, à la luette et sur les parties latérales du pharynx.

C'est une erreur de classer ces tumeurs papillaires parmi les fibrômes. Les fibrômes du larynx sont très différents des formes morbides que je viens de décrire. A la question de savoir si ces néoplasmes récidivent, il faut répondre par l'affirmative. Quant à savoir si ces néoplasmes, comme les verrues de la peau, peuvent disparaître spontanément, je ne dispose pas d'observations suffisantes pour trancher cette question ; mais, théoriquement, rien ne s'oppose à ce qu'il en soit ainsi. »

Digestion du lait.

M. Reichmann, de Warsow, a fait récemment des expériences sur la digestion du lait dans l'estomac humain. Le sujet était un jeune homme de 2? ans, de santé robuste, et les expériences se faisaient à l'aide d'une pompe stomacale, avec du lait bouilli, non bouilli et alcalin. Les résultats furent les suivants : 300 centimètres cubes de lait non bouilli furent évacués par l'estomac sain quatre heures après l'ingestion, bien que la digestion régulière eût été complète, trois heures après. Le lait se coagule environ cinq minutes après son ingestion, et cette coagulation est due, non pas à l'augmentation de la quantité d'acide sécrété, mais bien à un autre agent, peut-être à la fermentation de la présure. Pendant la digestion de 300 centimètres cubes de lait, le contenu de l'estomac est au plus haut degré d'acidité (32 centimètres pour cent) au bout d'une heure et demie. Cette acidité est due, lorsque la digestion commence, à la présence des acides lactique et chlorhydrique : ce dernier n'apparaît que trois quarts d'heure après l'ingestion du lait. Une demi-heure après l'ingestion, la quantité de peptone augmente, reste stationnaire pendant une heure et demie, puis commence à diminuer.

Pour le lait bouilli, chauffé 16-26°, 300 centimètres cubes sont digérés en deux heures et demie, les contenus acides de l'estomac disparaissent en trois heures. La peptonisation est plus énergique, et les caillots de caséine ne sont pas aussi épais qu'avec le lait non bouilli.

Les expériences faites avec le lait alcalinisé ont montré qu'on empêche ainsi l'action peptonisante du suc gastrique. 100 centimètres cubes de lait alcalinisé par le bicarbonate sodique abandonnent complètement l'estomac au bout de deux heures. En tout cas l'addition d'un alcali au lait ne l'empêche

pas de se coaguler dans l'estomac sous l'influence du ferment pepsique. (*Brit. med. Journ.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 août.

Le surmenage intellectuel (*fin*).

M. *Féréol* proteste contre la lecture que M. Peter a faite, à la dernière séance, de lettres dont deux ne peuvent être regardées comme ayant la moindre valeur dans une discussion sérieuse, l'une émanant d'un névropathe candidat malheureux au baccalauréat et l'autre d'un père de famille en délicatesse avec le proviseur du lycée de son fils.

M. *Lagneau* maintient contre M. Trelat que l'Académie doit faire mention dans ses conclusions non seulement des réformes d'hygiène nécessaires, mais de l'inconvénient de la sédentarité et des programmes encyclopédiques.

M. *Trélat* propose la rédaction suivante :

« L'Académie de médecine appelle l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de modifier, conformément aux lois de l'hygiène et aux exigences du développement physique des enfants et des adolescents, le régime actuel de nos établissements scolaires.

« Elle pense : Que les collèges et lycées pour élèves internes doivent être installés à la campagne ;

« Que les salles de classes doivent jouir d'un éclairage et d'une aération calculés pour leur capacité et le nombre d'élèves qui doivent y séjourner ;

« Que les moyens de propreté personnelle et générale : lavabos, bains, water-closets, circulation régulière et enlèvement des immondices et impuretés de toute nature, doivent être installés irréprochablement ;

« Que de larges espaces bien exposés doivent être réservés pour les récréations. »

(Pour le reste, voir plus loin la conclusion lue à la tribune par M. Brouardel.)

M. *Hardy* trouve que la rédaction de M. Trélat entre dans trop de détails, tels que lavabos, water-closets, etc., qui lui semblent au-dessous de la dignité de l'Académie.

M. Hardy propose la rédaction suivante :

« L'Académie, préoccupée des mauvaises conditions hygiéniques de la plupart des lycées qui existent dans les grandes villes, pense qu'il serait désirable que ces établissements destinés à recevoir des élèves internes pussent être transportés à la campagne, dans un espace plus en rapport avec le nombre des élèves qu'ils doivent contenir.

« Estimant également que la trop grande sédentarité, la trop longue durée des travaux intellectuels peuvent nuire à la santé et au développement physique des enfants et des jeunes gens, elle recommande, pour diminuer le travail exigé des élèves, d'alléger les programmes universitaires, et elle voudrait voir donner plus de temps aux promenades en plein air et aux exercices de corps. »

M. *Féréol*, se rallie complètement à la rédaction de M. Trélat ; il lui paraît essentiel de conserver dans la conclusion les détails incriminés par M. Hardy.

M. *Larrey* pense que l'on pourrait fondre ensemble les deux rédactions.

Le Président demande à MM. Hardy et Trélat, auxquels il prie M. Brouardel de vouloir bien s'adjoindre, de rédiger, séance tenante, une formule d'amendement qui réunisse les deux amendements de MM. Trélat et Hardy.

Après dix minutes de délibération, M. *Brouardel* monte à la tribune pour donner lecture de la rédaction suivante :

« L'Académie de médecine appelle l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de modifier, conformément aux lois de l'hygiène et aux exigences du développement physique des enfants et des adolescents, le régime actuel de nos établissements scolaires.

« Elle pense : que les collèges et lycées pour élèves internes doivent être installés à la campagne ; que de larges espaces bien exposés doivent être réservés pour les récréations ; que les salles de classes doivent être améliorées au point de vue de l'éclairage et de l'aération.

« Sans s'occuper des programmes d'études dont elle désire d'ailleurs la simplification, l'Académie insiste particulièrement sur les points suivants : Accroissement de la durée du sommeil pour les très jeunes enfants.

« Pour tous les élèves, diminution du temps consacré aux études et aux classes, c'est-à-dire à la vie sédentaire et augmentation proportionnelle du temps des récréations et exercices.

« Nécessité impérieuse de soumettre tous les élèves à des exercices quotidiens d'entraînement physique proportionnés à leur âge : Marches, courses, sauts, formations, développements, mouvements réglés et prescrits, gymnastique avec appareils, escrimes de tout genre, jeux de force, etc. »

L'accord des membres de la nouvelle commission a été complet jusqu'au dernier paragraphe : nécessité impérieuse, etc.

M. *Trélat* demande que les deux parties de l'amendement, celle sur laquelle tous les commissaires sont d'accord, et celle sur laquelle il y a dissidence soient présentées à part au vote de l'Académie.

La première partie de l'amendement, mise aux voix, est votée à l'unanimité ; la deuxième partie est ensuite votée à l'unanimité moins deux ou trois voix.

M. *le Président* déclare close la discussion sur le surmenage intellectuel et la sédentarité dans les écoles.

M. *Paul Berger* donne lecture d'un travail intitulé : *De l'enclavement des fragments et de la suture métallique à fils perdus dans le traitement des pseudarthroses du fémur.*

FAITS CLINIQUES

Un cas de guérison spontanée du croup après tirage permanent.

Enfant vigoureux du sexe masculin, âgé de huit ans, demeurant à la campagne.

Quand je le vois pour la première fois, le 27 avril de cette année, il était alité depuis cinq jours avec de la fièvre et de la difficulté pour avaler.

L'inspection de la gorge me fait voir des fausses membranes sur les amygdales ; il y a un engorgement ganglionnaire léger des deux côtés.

On m'appelle, car le malade a déjà la voix rauque et une toux éteinte, mais la respiration se fait encore assez bien.

Je crains la propagation des fausses membranes au larynx, et l'extension de la maladie à cet organe se produit en effet d'une façon manifeste quelques jours plus tard.

Cependant, l'enfant s'alimente bien et peu à peu les fausses membranes de la gorge diminuent.

Mais le larynx se prend de plus en plus; le tirage, d'abord intermittent, devient permanent le 8 mai, l'enfant a des crises de suffocation.

Je parle aux parents d'une opération qu'ils repoussent.

Le lendemain 9 mai, je revois le petit malade ; il est bleu et insensible, la respiration est presque nulle ; je déclare aux parents que tout traitement médical est inutile et que seule la trachéotomie peut encore le sauver ; ils ne veulent point entendre parler d'opération.

Je ne dois revoir l'enfant que sur leur demande.

Le 11 mai, on revient me chercher, et l'on m'apprend que dans la journée l'enfant a été en quelque sorte agonisant depuis neuf heures du matin jusqu'à une heure de l'après-midi ; les yeux fermés, la bouche ouverte, suffoquant.

A partir de ce moment, il a expectoré des fausses membranes, la respiration est devenue plus libre et le mieux s'est accentué de jour en jour après diverses péripéties.

En effet, je cessai de le voir le 9 mai ; il marchait à grands pas vers la guérison, quand le 14 du même mois on vient me chercher ; l'enfant ne mangeait plus, il était dégoûté de tout.

Je le trouve le visage bouffi, j'examine les urines elles étaient rares et albumineuses ; je trouve 8 grammes d'albumine pour un jour par le procédé Esbach ; je prescris le régime lacté qui est accepté difficilement ; le 29 du même mois, il n'y avait plus que deux grammes d'albumine par jour.

Enfin, le malade a pris le dessus et il est aujourd'hui complètement guéri, grâce à sa forte constitution.

Le traitement employé contre la diphthérie n'a eu rien de spécifique et a été constitué par le perchlorure de fer à l'intérieur, les toniques, l'alimentation forcée, des irrigations pharyngiennes avec de l'eau très chaude additionnée de bourgeons de ronce pour avoir l'air de ne pas employer l'eau pure.

En effet, je ne crois qu'à l'action mécanique des irrigations et peu à l'action dissolvante des substances préconisées dans ce but. J'ai employé aussi chez ce malade le benzoate de soude en irrigation sans en observer de résultats, j'ai fait pratiquer également des badigeonnages au jus de citron qui ont dû être cessés, car ils étaient douloureux et fatiguaient le malade.

Il a pris à l'intérieur de l'extrait alcoolico-éthéré de cubèbe sans résultat manifeste ; les vomitifs lui ont facilité la respiration pendant quelques moments seulement ; en somme, j'ai dû faire de la médecine des symptômes.

Les inhalations de vapeur térébenthinée et surtout d'eau bouillante n'ont pas paru très-efficaces et ont été abandonnées presque aussitôt.

Si l'inventeur d'un traitement curatif avait eu ce cas, il l'eût porté inévitablement comme succès dû à son traitement.

Or, je suis assez sceptique à cet égard, car dans le croup tous les traitements ont réussi et aucun n'est d'une efficacité supérieure aux autres ; l'on a affaire à des épidémies plus ou moins sévères, voilà tout.

La preuve en est dans les statistiques. Andeer guérit (?) 222 diphthéries sur 222...... par la résorcine, et Lunin, de Saint-Pétersbourg, obtient avec le même moyen une mortalité de 30.2 pour cent.

Si mon petit malade a été guéri, il le doit à la solidité de son tempérament et à la marche lente de la maladie.

J'ai remarqué, en effet, que dans notre pays, où la diphthérie est depuis quelque temps très infectieuse, quand le croup arrivait à la dernière période en deux ou trois jours, ce qui est fréquent ici, les malades succombaient tous, même trachéotomisés ; ainsi, j'ai eu un succès seulement sur cinq trachéotomies et mes confrères ont pratiqué trois opérations semblables sans succès ; mon opéré, qui a guéri avait le croup depuis une huitaine de jours.

Nous avons fait une remarque, mes confrères et moi, c'est que le sexe féminin est trois ou quatre fois plus sujet à la diphthérie que l'autre ; pourquoi ? Nous nous le demandons.

Je ne nie pas l'action d'un traitement quelconque contre la diphthérie ; j'en nie seulement la spécificité, ce qui n'est pas la même chose.

Blain, 8 juillet 1887.

Dr SAQUET,
Ancien aide de clinique à l'École de Nantes.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Médecine et... Médecins.

Un peu de médecine pratique, voulez-vous, ami lecteur ? Cela nous délassera, vous et moi, que les microbes oppressent à la fin.

On nous a dit l'autre jour les meilleurs moyens à employer — théoriquement — pour vivre en bonne intelligence avec nos chers amis les pharmaciens. Vivre en paix avec soi-même, n'est-ce pas plus difficile, et ne faut-il pas chercher encore, chercher toujours, chercher plutôt à faire régner la concorde au sein même de notre remuante fourmilière ? N'est-ce pas là et avant tout la vraie solution du fameux problème poursuivi : l'amélioration de nos moyens matériels et moraux d'existence ?

On me rendra cette justice que sous quelque nom, quelque pseudonyme baroque que j'aie signé, je n'ai jamais varié ma chanson ni mon rythme et que j'ai toujours répété, au risque vraiment d'en être fastidieux, que le mieux était encore de s'en tenir à cette maxime bête et vieille comme le monde, mais profonde autant que les discours les plus profonds

des orateurs les plus mirifiques : « L'union fait la force. »

Tandis que les autres, là-bas, s'escrimaient contre les ennemis du dehors et que moi-même, entraîné par l'odeur de la poudre, je prenais ma part de la bataille, mon pauvre esprit ne cessait de rouler sa pensée favorite, et je me disais mélancoliquement : « Quel mouvement irrésistible, s'il était unanime ! »

Est-ce un rêve? Est-ce un fait? Personne par le temps qui court n'est bien sûr de ne pas être le jouet de ses illusions. L'hypnotisme a égaré la raison humaine... Mais, quand on regarde autour de soi et qu'on voit les corporations qui marchent en bataillons serrés faire la loi chez elles et autour d'elles, on se prend à songer que la « camaraderie » est peut-être bien ce qu'il y a encore de plus malin dans ce monde, et que « l'alliance », à coup sûr, constitue l'arme de précision perfectionnée qui peut le mieux donner la victoire.

Aussi, doit-on seréjouir quand, de temps en temps, dans nos réunions professionnelles, quelqu'un prend la parole pour nous rappeler que nous avons des devoirs envers nous-mêmes et envers les nôtres — et, s'il n'est pas absolument nécessaire de leur élever une statue, du moins faut-il remercier ceux qui ont songé à créer un *Manuel de Déontologie* à l'usage, non du Dauphin, mais de tous ceux qui exercent le noble art de la médecine, — que ce soit au haut ou que ce soit au bas de la longue échelle.

La déontologie! Voilà le grand mot lâché. Qu'est-ce donc en réalité que la déontologie ?

Quelqu'un la définissait devant moi : C'est le commandement de Dieu : « Le bien d'autrui tu ne prendras !... » Quelle erreur, quelle interprétation restrictive, et combien je préfère la traduction qui la fait tenir dans cet autre commandement, très humain celui-là : « Ne faites pas à autrui ce que vous ne voudriez pas qu'il vous fût fait. »

Tout est là effectivement. Quand nous parlons d'un confrère, s'il nous venait à la pensée que nous ne devons dire de lui que ce que nous voudrions qu'il dît de nous, quel tempérament apporté à notre jugement, que de bienveillance dans l'expression, quelle chaleur dans la défense! Je n'envisage, bien entendu, la déontologie, qui est très compréhensive, qu'au point de vue spécial et précis des rapports interconfraternels. Le reste est affaire d'enseignement. Ce qu'il y a de sûr, c'est qu'à marquer de la déférence pour un émule, nous ne nous grandissons pas seulement, nous défendons soigneusement notre propre intérêt ; car — le contestera-t-on? — la roue pour nous tourne sans cesse et si, aujourd'hui c'est moi, demain sûrement ce sera vous. Alors quoi? Ne vaut-il pas mieux admettre que quand vous y êtes — sur la sellette. — j'y suis aussi, nous y sommes tous les deux, et que mon devoir comme le souci de nos propres affaires me commande de nous défendre de mon mieux ? A charge de revanche !

A dire vrai, la position n'est pas toujours bonne et « l'inculpé » n'est pas constamment à l'abri d'une critique impartiale. Parfois — quoi que vous fassiez en sa faveur — il ne saura pas être reconnaissant et vous marquera plus tard sa mauvaise humeur. Qu'importe ! la gratitude n'est pas la récompensé qu'ambitionne le juste, ni même l'habile. Il faut nonobstant jeter le discret manteau de Noé sur nos petits lapsus réciproques. Je vais même plus loin. Si c'est une brebis fortement suspecte — comme il y en a, hélas ! quelques-unes dans tous les troupeaux — qui se rencontre sous votre main et s'offre à votre verbe, à moins d'un cas particulier, ne recherchez pas un triomphe facile, n'écrasez pas ce rival inférieur. A qui cette belle indignation profiterait-elle ? A la profession, à vous ? La galerie n'apprécie que bien rarement les motifs qui nous inspirent et comprend encore moins les raisons que nous pouvons donner. Entre nous, et quand nous sommes réunis en cour de justice, nous pouvons, nous devons exécuter nos criminels. En public, une sage réserve est toujours de mise. Le silence est une leçon suffisante.

Donc, appliquons-nous à nous traiter les uns les autres avec égards, respectons-nous nous-mêmes pour nous faire respecter des autres, et dans les relations continuelles que nous avons ensemble, mettons cette hauteur de sentiments, cette loyauté sereine qui forcent l'estime.

Quelques exemples, pour préciser.

Si, par une circonstance quelconque, vous êtes amené à donner votre avis sur un acte médical, votre confrère n'étant pas présent, soyez encore plus mesuré dans votre jugement. Le client qui écoute est très porté à la malveillance. Il serait si heureux de prendre son médecin en faute ! Gardons-nous de toute parole, de tout geste même de nature à compromettre la réputation de notre confrère. Si le salut du malade est en jeu et qu'il y ait erreur flagrante — *Errare humanum est* — le devoir supérieur est certainement d'intervenir, quoi qu'il en coûte, mais il faut se mettre en règle avec sa conscience en palliant et en dissimulant le mieux cette volte-face arrêtée de concert.

Ne faisons aucune tentative pour *prendre* le malade d'un autre ; outre que c'est vil et bas, c'est maladroit. Les bons clients sont ceux qui viennent spontanément. Ceux-là seuls restent. Les autres passent. Si vous êtes introduit par la confiance d'un collègue et à titre de remplaçant dans une clientèle, sachez que vous serez l'objet d'avances plus ou moins dissimulées et qu'on essaiera de vous induire en tentation d'infidélité à votre confrère. Le remplaçant, si j'ose dire, est un amant par rapport au médecin habituel qui est comme une sorte de mari. On trouve toute espèce de qualités au premier qu'on refuse au second. Histoire de fronder un brin. Résister énergiquement et sans compromission. Rien n'est odieux comme de tromper un ami et rien ne rapporte moins.

Si une famille vous propose X. pour une consultation, ne dites pas : « Il est bien jeune, » ou bien : « Y. vaudrait mieux ! » Votre mot sera répété et il sera mal compris. Acceptez le confrère qu'on vous propose — pourvu qu'il soit honorable et qu'il parle la même langue que vous, — puisqu'il est du choix de l'entourage et que d'ailleurs vous avez le droit d'en choisir vous-même un autre. Croyez-moi, il est politique de ne jamais repousser ni une consultation ni un consultant. Plus d'un s'est mordu les doigts pour n'avoir pas suivi ce précepte.

Ne jamais se rendre à une consultation à moins d'y avoir été convié par le médecin traitant, qui doit seul fixer le jour et l'heure. L'invitation des parents, même avec l'autorisation du médecin, n'est pas correcte. Et j'estime qu'il doit être ainsi non seulement entre médecins de la même localité, mais entre ceux qui sont appelés au loin et les médecins de l'endroit. En aucun cas, un médecin de la ville ne doit se rendre à la campagne auprès d'un malade en cours de traitement, à moins que le médecin traitant ne soit présent. Cette règle me semble aussi élémentaire qu'absolue. Elle est trop souvent violée.

Et maintenant, quand on est mandé pour succéder à un confrère — ce qui est le cas le plus pointilleux et le plus délicat — je ne dirai pas qu'il faut faire subir un interrogatoire en règle au client pour savoir dans quels termes au juste il est avec l'ancien médecin ; mais je professe, avec la majorité des opinants, qu'on a l'obligation de s'informer, en y mettant les formes et la courtoisie voulues, si les convenances ont été gardées vis-à-vis de son prédécesseur, s'il a été remercié avec la déférence nécessaire, enfin si ses honoraires lui ont été payés. Je n'ignore pas que quelques médecins, d'ailleurs très honorables, s'élèvent contre cette coutume, qu'ils déclarent attentatoire à la liberté... du client. Leur raisonnement est spécieux. Nous ne pouvons former une corporation homogène et unie qu'à la condition de nous sentir un peu les coudes. A quels abus, à quel traitement dédaigneux, à quelle exploitation abominable on exposerait la profession, dans certains milieux surtout, si l'on se désintéressait ainsi des affaires de son confrère ! Je soutiens qu'il est indispensable de se livrer à cette petite enquête amicale et j'ajoute qu'il est presque toujours possible, avec une douce et patiente fermeté, de faire régulariser les plus mauvaises situations — sans s'ingérer trop directement dans la querelle.

Voilà donc des doctrines bien établies et parfaitement acceptées. Plus nous ferons montre à l'égard de nos confrères de droiture, de bienveillance et de générosité, plus nous nous approcherons de cette tenue idéale qui mérite d'être proposée partout en exemple.

Mais il y a encore autre chose, et, sans y insister, je veux en parler dans cette chronique utilitaire, que je voudrais complète sous sa forme abrégée.

Ce n'est pas tout que d'être irréprochable à l'égard de ses frères d'armes, il faut se montrer soi-même tolérant et libéral, et, dans les mille circonstances de la vie de tous les jours, faire preuve d'esprit large. Tous, tant que nous sommes, nous nous froissons, pour un rien, nous devenons rouges, puis verts, puis blancs, et nous sautons comme une chaudière sous la pression de notre amour-propre exagéré. Et quand nous sommes contrariés ainsi, c'est aux confrères que nous nous en prenons. Alors, tout ce que nous raconte le client, nous le croyons. Comme si le client, sciemment ou inconsciemment, ne transmettait pas fort mal, quand il ne les invente pas, les paroles médicales prononcées devant lui !

Que de fois j'ai entendu des médecins se plaindre, celui-ci d'avoir été blâmé, celui-là d'avoir été moqué, cet autre d'avoir été houspillé — toujours par de perfides confrères — et quand on leur demandait qui leur avait rapporté tous ces bruits, répondre sans seulement y prendre garde, qu'ils les tenaient du client lui-même ! Eh parbleu ! il a trouvé l'occasion excellente de vous dire vos vérités, ce client, et il n'y a pas manqué. Pourquoi, naïf praticien, ne pas suspecter plutôt la bonne foi de ce narrateur, intéressé à mal dire ou qui a mal interprété ?

Trois fois sur quatre, c'est lui qui a tort. Et cependant, on boude le confrère, on lui fait grise mine, on lui tourne le dos finalement, comme si c'était lui le vrai, le seul coupable. Ou bien — ce qui est plus fâcheux encore, — on raconte le fait, en le commentant, on le soumet à la désapprobation et à la vindicte des camarades, et on fait à ce médecin un renom de malfaisance qui lui reste et qui ne repose parfois que sur un échafaudage d'erreurs ou d'injustices. Je connais de ces faits ; ils sont plus nombreux qu'on ne croit ; c'est pour cela que je signale cette tendance qui fait dire à quelques-uns que l'esprit commercial a pénétré dans le monde médical nouveau, que la concurrence effrénée a supprimé l'antique manière, que nous marchons à la ruine de notre honneur, etc... Sans vouloir répondre à une exagération par une autre, je puis dire qu'il résulte de l'information minutieuse à laquelle je me suis livré — pour savoir — que les bonnes règles de la confraternité sont en[illegible] honneur, au moins chez nous, et que c[illegible]it nombre qui s'y soustrait, quelques-[illegible]ant par ignorance, d'autres par légèreté, [illegible]our calmer les alarmes par trop vifs de [illegible]ms outranciers qui voudraient nous faire p[illegible]s mauvais que nous ne le sommes.

Enfin — faut-il le dire ? — beaucoup de nos déceptions ne viennent-elles pas de l'habitude que nous avons prise de considérer le client comme une propriété, comme un pays conquis, comme notre chose ? S'il en était autrement, nous le verrions partir avec moins d'humeur ! Je connais un brave homme de médecin qui ne peut pas admettre qu'un client le quitte. C'est chaque fois un gros chagrin et souvent une grande colère. Quelqu'un le lui a toujours pris. Un peu de raison, mes amis, et surtout un peu de philosophie, s'il vous plaît ! Un client qui s'en va n'est point tant à regretter. S'il part, c'est qu'il a mis sa confiance ailleurs. Alors, bon voyage ! Au demeurant, n'est-il pas libre, ce client ? Nous nous faisons des obligations, des règles, des lois ; c'est très bien, c'est notre droit, et, nous l'avons bien vu, c'est aussi notre devoir et notre intérêt bien entendu de les mettre honnêtement en pratique. Mais le client, lui, n'a proprement rien à voir à toutes ces restrictions auxquelles il ne comprend goutte et dont il essaie sans cesse de secouer le joug importun. Une fois que, contraint ou de bonne grâce, il a vêtu les quelques formes que nous réclamons, il reste bien maître de porter ses vues où bon lui semble. On ne peut lui en vouloir, il raisonne à son point de vue, qui n'est pas le même que le nôtre !

Une catastrophe vous arrive dans une famille ; vous avez commis une inadvertance quelconque, grosse ou petite ; ou bien encore une consultation ayant été réunie, l'un des consultants (qui est brun) a séduit la famille (qui se trouve aimer moins les blonds) et, la *maladie terminée*, on vous remplace par ce confrère tout flambant neuf. Y a-t-il de quoi se tant étonner, se tant émouvoir ? Pourvu que les choses se fassent correctement, je dis qu'il faut passer condamnation, parce que c'est là la vie de tous les jours, et que s'il n'en était pas ainsi, la clientèle s'immobiliserait en de certaines mains, à la consternation des couvées nouvelles, tout récemment tombées du nid et qui attendent bouche bée... !

Donc — et en résumé — se conduire dans la pratique tour à tour en homme d'honneur et en homme d'esprit, ménager la susceptibilité des autres et n'en pas témoigner soi-même d'excessive, en un mot, se montrer bon prince partout et toujours, telle est la formule à la fois aimable et sage à laquelle je n'hésite pas à conseiller de se rallier dans notre République, que je voudrais athénienne. Que si, malgré tout, des conflits naissent et que s'élèvent des divisions, ne pas les éterniser faute d'une tranche explication, qui dissiperait plus d'un malentendu. En fin de compte, nous avons pour trancher les différends trop aigus un tribunal impartial

et bienveillant dans l'Association ! Usons-en. Mais, pour Dieu ! n'étalons pas nos querelles devant le grand public, qui en fait des gorges chaudes. Ayons la pudeur des gens bien mis. Fuyons la rue !

Dr ESPÉ.

CORRESPONDANCE

Hérédité des grossesses gémellaires.

Aigurande (Indre), 2 août 1887.

Monsieur le Directeur,

Joulin, dans son traité d'accouchement, au chapitre : *Grossesse et accouchement gémellaires*, dit à propos de l'hérédité :

« *On a également invoqué l'hérédité pour expliquer les grossesses gémellaires. Baillarger parle d'un très grand nombre de cas où le fait a été constaté; aussi il ne cite aucune statistique et j'avoue que cette cause ne me paraît pas suffisamment démontrée pour qu'on lui accorde une grande confiance.*

J'ai été appelé, il y a quelques jours, près de Madame A., qui, me dit-on, était accouchée depuis vingt-quatre heures, et n'était pas encore délivrée. Je reconnus bien vite la présence dans la cavité utérine d'un deuxième enfant. L'accouchement fut des plus faciles. Puis l'idée me vint d'interroger la mère au point de vue de l'hérédité, comme cause à invoquer dans les grossesses gémellaires ; voici ce que j'appris.

La bisaïeule a eu une couche double.

La grand'mère a eu une couche double.

La mère a eu une couche double.

Deux sœurs de cette dernière ont eu une couche double.

Et enfin madame A. a eu une couche double.

Agréez etc.

Dr G. LOUVEAU,
Membre du Concours médical.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat médical de Lamballe.

Réunion du 12 *avril* 1887.

La séance est ouverte à une heure et demie, sous la présidence du Dr Bédel.

Présents : MM. Guibert, Hercoet, Perrichon. Lemoniet, Issaly, Rabasté, Feillet, Legault, Bédel, Codet.

Absents : MM. Martin, Faisnel, Fichon.

La séance tout entière a été consacrée à l'exercice illégal de la médecine. Une discussion fort longue et fort intéressante, à laquelle ont pris part tous les membres du syndicat, s'est élevée sur les moyens à employer pour empêcher définitivement une empirique bien connue de pratiquer cet exercice.

M. le président expose que, depuis nombre d'années, la veuve P....., demeurant à Saint-B..., a accaparé presque toute la chirurgie de la région du Syndicat médical de Lamballe. C'est à peine si les médecins du pays voient, par hasard, quelques cas de fracture ou de luxation. La résidence fixe de cette femme est le chef-lieu du département et les gens pressés vont l'y trouver. Mais elle se déplace régulièrement et tous les jeudis ; tous les jours de foire, elle vient à Lamballe à l'auberge de la T... d'A..., où se rendent en nombre considérable (plus de trente quelquefois), les malades des cantons de Lamballe, Pléneuf, Jugon, Moncontour, etc.... Sur ce nombre, la plus grande partie n'a évidemment aucune lésion sérieuse, et la thérapeutique peu compliquée de la praticienne ne fait tort qu'à la bourse des clients et... par voie de conséquence ... à la nôtre. Cependant, les malheurs ne sont pas rares et il arrive encore trop souvent que cette femme, se trouvant en présence d'un cas grave, une fracture de jambe compliquée de plaie, par exemple, — pose des appareils qui amènent de sérieuses complications et même la mort des malades. Tous les médecins du pays ont des faits de cette nature à leur connaissance. Il est fréquent aussi de rencontrer des infirmes qui, traités par cette rebouteuse, gardent toujours la luxation du coude ou de l'épaule qu'ils s'imaginaient voir absolument disparaître en s'adressant à cette femme. En résumé, cette pratique est illégale et délictueuse, c'est une vaste exploitation de la credulité populaire ; elle est absolument dangereuse, elle fait un tort considérable aux médecins du pays et il est nécessaire d'y mettre un terme pour l'honneur du corps médical.

A l'appui des faits généraux exposés par M. le président, le Dr Rabasté, de Jugon, raconte un fait tout récent datant de six semaines, et qui s'est passé à Plédéliac. C'est un cas de luxation du pied avec fracture des malléoles, et chez une femme âgée. Cette malheureuse, amenée à Lamballe, a été soignée par la rebouteuse qui lui a posé sur la jambe un appareil compressif tellement serré qu'au bout de quelques jours les douleurs étaient intolérables, et qu'il y avait des signes prochains d'érysipèle et de gangrène. Sans l'intervention d'une religieuse qui coupa l'appareil et arrêta ces accidents, la malade ne pouvait résister longtemps.

Du reste, sa situation est encore très grave et on ne sait ce qu'il adviendra d'elle et de sa jambe.

En présence d'un fait si précis, le syndicat se demande s'il n'y a pas quelque chose à faire et la discussion s'engage sur les différentes mesures à employer. En résumé, les déterminations suivantes sont prises à l'unanimité :

1° Pour le cas spécial de Plédéliac, une lettre sera envoyée immédiatement au procureur de la République de *Dinan, au nom du syndicat. Dans* cette lettre, on exposera simplement les graves conséquences de la pratique illégale de la veuve Pédron, pour l'accident de la femme Véron, du Fresne.

2° Pour le fait général de médecine illégale exercée constamment, publiquement dans l'arrondissement de Saint-Brieuc, une lettre sera également envoyée au procureur de la République de Saint-Brieuc, lui dénonçant la présence régulière de cette femme, les jours de foire et marché, dans les villes des environs, notamment à Lamballe, où l'autorité pourra aussi facilement et aussi souvent qu'elle le voudra constater les nombreux délits qui se produisent périodiquement.

Une autre mesure est proposée par le Dr Hercoët qui, s'appuyant sur divers règlements de police, considère la médecine illégale comme une contravention relevant de l'autorité municipale qui peut et doit, à la rigueur, la surveiller et l'empêcher. Le Dr Hercoët serait d'avis que le syndicat doit écrire au maire de Lamballe pour lui signaler le fait et le prier de prendre des mesures en conséquence, c'est-à-dire, faire dresser tous les jeudis, par les agents de police, un procès-verbal constatant les contraventions ou délits commis à l'auberge de la Tour d'Argent. Mais cette mesure paraissant illusoire, et comme il est impossible de compter sur l'autorité municipale pour la répression de l'exercice illégal, le syndicat ne croit pas devoir charger le bureau d'écrire officiellement au maire.

Avant de se séparer, l'assemblée, consultée par M. le président sur l'époque et le lieu de la prochaine séance, décide que celle-ci aura lieu comme d'habitude, au mois de septembre, et ne jugeant pas à propos de se déplacer cette année, le syndicat se réunira à Lamballe. La réunion sera suivie d'un banquet dans un hôtel qui sera ultérieurement désigné.

Le Secrétaire Trésorier,
Dr J. Codet.

Copie de la lettre adressée a M. le Procureur de la République a Dinan.

Monsieur le Procureur,

Le syndicat médical de Lamballe, dans sa réunion du 12 avril, a été informé par un de ses membres, le Dr Rabasté, de Jugon, d'un fait grave de médecine illégale, qu'il nous a chargés de vous signaler.

Passant au village du Fresne, en Plédéliac, le Dr Rabasté fut prié de visiter la veuve Véron, alitée depuis cinq semaines. Il constata chez la malheureuse une fracture de la jambe avec luxation du pied compliquée d'accidents inflammatoires graves, d'érysipèle et dénudation d'une malléole par suite de gangrène due suivant toute apparence à un appareil trop serré. Il apprit que cet appareil avait été appliqué par la veuve Pédron, née Plusquellec, de Saint-Brieuc, qui a déjà subi plusieurs condamnations pour faits analogues, et que sans l'intervention d'une religieuse qui le fit enlever, les accidents les plus graves pouvaient survenir.

Le syndicat médical de Lamballe a cru de son devoir de porter ces faits à votre connaissance et nous a chargés de vous les communiquer.

Veuillez agréer, etc.

Bureaux des Syndicats médicaux en 1887.

Syndicat de la Rochelle.

Président,	Dr Brard, de la Rochelle.
Vice-Président,	Dr Lafon, de Sainte-Soulle.
Secrétaire-Trésorier,	Dr Roux, de la Jarrie.
Syndics,	Dr Laurent, de la Rochelle,
»	Dr Dubois, de Maran.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Potion antiscrofuleuse
(Dr Guibout.)

Julep gommeux	150 grammes.
Iodure de potassium	2 —
Teinture d'iode	1 —
Tannin	1 —
Sirop de quinquina	30 —

A prendre dans les 24 heures et en quatre doses à 2 heures de distance l'une de l'autre. Cette potion, faite pour les adultes, convient aussi aux enfants, mais à des doses fractionnées. Diminuer du tiers, de la moitié ou du quart, suivant les âges. Elle contient, en outre l'iodure de potassium, environ 1 centigramme 1/2 d'iode.

NOUVELLES

M. Lannelongue, professeur à la Faculté de médecine de Paris, a été désigné comme candidat à l'élection sénatoriale, par des délégués républicains réunis en congrès à Auch (Gers).

— M. le ministre des postes et télegraphes a concédé la franchise postale à la correspondance échangée par les médecins inspecteurs du service de la protection du 1er âge avec les maires des communes composant leur circonscription, avec le sous-préfet de leur arrondissement et le préfet du département.

Cette franchise est uniquement réservée à la correspondance relative au service de la protection.

— La question des ambulances urbaines à Paris entre dans le domaine de la pratique.

Le docteur Leroy de Méricourt vient d'être délégué par le comité de l'œuvre pour s'entendre avec le directeur de l'Assistance publique, au sujet de l'installation définitive des ambulances à l'hôpital Saint-Louis. Les travaux sont déjà commencés, et l'inauguration aura lieu très prochainement.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel pratique de la Garde-Malade et de l'Infirmière,
Publié par le Dr Bourneville.
Aux bureaux du *Progrès médical*, 1887.

Quelque opinion qu'on ait sur la nécessité plus ou moins impérieuse de laïciser immédiatement les hôpitaux, tous les médecins sont d'accord sur ce point qu'il était indispensable de créer un personnel aussi instruit que possible d'infirmières et de gardes-malades. Les cours institués à Bicêtre, à la Salpêtrière et à la Pitié par M. Bourneville y ont contribué et y contribueront de plus en plus ; mais, pour les élèves de ces cours, il fallait un bon manuel ; le voici.

Le premier volume, consacré à l'anatomie et à la physiologie, est suffisamment développé pour les personnes auxquelles il s'adresse.

Le deuxième plus détaillé traité des pansements : Rangement des salles d'hôpital et des chambres de malades, disposition des lits, transports des blessés, pansements, application des sangsues, ventouses, administration des bains, maniement des thermomètres.

Dans le troisième volume sont exposés les soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés, les renseignements relatifs à l'administration des médicaments ; à la fin se trouve un petit dictionnaire des termes médicaux que les infirmières sont appelées à entendre prononcer par les médecins et dont il peut être utile qu'elles comprennent la signification pour exécuter fidèlement les prescriptions qui les concernent.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St André, 3.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

Ulcère simple de l'œsophage et rétrécissement cicatriciel.

M. Debove avait signalé, en 1883 et 1885, l'existence de rétrécissements de l'œsophage chez des sujets indemnes de cancer, de syphilis, et de tumeurs. Il avait pensé qu'on pouvait les attribuer à la cicatrisation d'ulcères simples de ce conduit. Une autopsie vient de lui démontrer la justesse de son hypothèse.

Un malade qu'il avait présenté en 1885 à la Société des hôpitaux a succombé dans son service d'une perforation de l'estomac causée par un ulcère simple de cet organe. Or, on a trouvé dans l'œsophage, à 5 centimètres au-dessus du cardia, une cicatrice annulaire, rubanée, fibreuse, d'un demi-centimètre de haut et correspondant évidemment au rétrécissement que M. Debove avait dilaté avec succès deux ans auparavant. Il y a donc lieu d'admettre l'existence d'ulcères simples de l'œsophage analogues à ceux de l'estomac et capables de provoquer en se cicatrisant le rétrécissement du conduit; mais on ne peut leur appliquer la pathogénie proposée pour l'ulcère gastrique, l'auto-digestion de la muqueuse par le suc gastrique, puisque celui-ci ne pourrait refluer à cinq centimètres au-dessus du cardia.

Influence de l'alcool sur la digestion.

Gluzinski a fait récemment un grand nombre d'observations relatives à l'influence de l'alcool sur la digestion, plus particulièrement sur celle des albuminoïdes. Ces observations ont porté sur l'homme, et ont consisté à analyser les contenus de l'estomac;

L'alcool disparaît rapidement de l'estomac et, suivant toute probabilité, passe dans la circulation dans son état normal, car on ne retrouve pas d'aldéhyde dans l'estomac. L'effet sur la digestion varie aux différents temps, suivant que l'alcool reste dans l'estomac ou a été absorbé. Pendant le premier stade, la digestion de l'albumine est retardée. D'un autre côté, après l'absorption, l'alcool stimule la sécrétion, augmente l'acidité du suc gastrique et accélère considérablement le processus de la digestion. Son action se prolonge même au delà, car la sécrétion continue plus longtemps même que si on n'a pas administré d'alcool. Il augmente aussi en même temps la quantité des liquides de l'estomac. Ainsi s'expliquent les bons effets de petites doses d'alcool, et les effets funestes de doses plus élevées.

De petites quantités sont absorbées si rapidement, que c'est à peine si on peut les constater dans l'estomac; elles stimulent la sécrétion immédiatement après son absorption.

Les effets sont tout opposés avec des doses plus élevées. Non seulement celles-ci retardent la digestion et les aliments séjournent longtemps dans l'estomac, mais encore l'hypersécrétion et son acidité croissante consécutives à l'absorption de l'alcool mettent l'estomac dans des conditions si désavantageuses, qu'il ne tarde pas à se produire un catarrhe et une sécrétion acide exagérée.

Il résulte de ces expériences que, si l'on veut aider la digestion, il faut donner de petites quantités d'alcool, et de préférence peu de temps avant le repas. Il retarde, il est vrai, la digestion avant d'être absorbé, mais il provoque une hypersécrétion quand les aliments sont introduits dans l'estomac. (*Archiv. f. Klin. med.*)

QUINZAINE CHIRURGICALE

Le Salol en Chirurgie (1).

Le Salol, ou salicylate de phényle a été découvert en 1885 par le professeur Nencki, et au mois d'avril 1886 le Dr Sahli exposait, à Berne, les propriétés curieuses de cette nouvelle substance.

Le salol est une poudre cristalline, blanchâtre, d'une odeur faiblement aromatique rappelant le capricorne musqué. A peu près insipide, fusible à 43°, insoluble dans l'eau, un peu soluble dans l'alcool à chaud, il se dissout totalement dans la benzine, l'éther et le pétrole. Le salol n'est point toxique ; dans l'économie, il se décompose en phénol et en acide salicylique ; mis en contact avec une substance alcaline, il est absorbé et dédoublé et l'acide salicylique se transforme en acide salicylurique. L'absorption du salol se fait aussi bien à la surface des plaies ; on a pu retrouver ses substances composantes dans l'urine d'un malade auquel M. Périer avait fait l'évidement de la tête du fémur et de la cavité cotyloïde ; après quoi il avait bourré la cavité avec du salol.

On a d'abord étudié l'action du salol employé comme médicament interne, puis on a cherché ses propriétés microbicides : on est arrivé à conclure que l'émulsion du salol ne stérilise pas une substance remplie de micro-organismes, mais elle peut empêcher leur développement.

M. le Dr Périer, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, a étudié avec soin l'action du salol sur les plaies accidentelles ou opératoires ; dans certains cas, il a substitué le salol à l'iodoforme ; il a remarqué que la cicatrisation semblait subir une vigoureuse impulsion. Un pansement au salol, laissé 10 à 12 jours en place, ne prend aucune mauvaise odeur ; la plaie est maintenue parfaitement aseptique et la réunion s'opère très bien. Le salol ne produit point d'irritation de la peau comme le fait parfois l'iodoforme ; enfin, son odeur n'est pas désagréable pour certains opérés comme celle de cette substance.

Le salol paraît encore répondre à d'autres indications de la thérapeutique chirurgicale. Comme il s'élimine par les reins, on l'a utilisé pour désinfecter les voies urinaires dans les cas d'inflammations chroniques. On a montré que son usage à l'intérieur rend l'urine parfaitement aseptique ; de l'urine contenant du salol ne se décompose pas quand elle est soumise à l'incubation.

On l'a encore utilisé sous forme d'émulsion ou d'insufflation pour combattre l'otorrhée chronique et l'ozène ; dans ces cas, il n'est pas irritant pour les muqueuses, comme l'iodoforme.

Somme toute, le salol semble pouvoir être utilisé comme succédané de l'iodoforme ; sa puissance microbicide paraît au moins équivalente ; de plus, il n'a pas les désagréments de l'iodoforme, odeur et irritation ; enfin, il ne cause pas d'accidents d'intoxication et son prix est moins élevé.

(1) *Sem. médicale* 1886, no 15. — Périer et Pateur, in *Revue de Chirurgie*, 1887, juillet. — Lepine, in *Sem. méd.*, 1887, no 31.

Diagnostic des Salpingites (1).

Depuis quelques années le diagnostic des affections de l'utérus et de ses annexes fait d'incessants progrès et la sécurité avec laquelle on fait la chirurgie abdominale permet de tenter la guérison d'un certain nombre d'affections auxquelles nombre de femmes finissaient par succomber. Les affections des trompes utérines ont longtemps été peu connues ; leurs symptômes souvent obscurs les ont fait confondre avec d'autres états pathologiques des annexes de l'utérus ; peut-être nombre d'observations classées sous le nom de périmétrites, d'ovarites, d'hématocèles ne sont-elles autre chose que des salpingites. La lecture de toutes les communications qui ont été faites sur cet intéressant sujet à l'Académie de médecine, à la Société de chirurgie, dans la *Revue de chirurgie* et à la Société obstétricale de Londres, dans ces derniers temps, permet de se tracer un canevas, une ébauche de l'histoire de ces affections.

L'inflammation de la trompe utérine est d'origine assez obscure ; cependant la connexion de ce conduit avec l'utérus permet d'admettre qu'elle est presque toujours consécutive à un état pathologique de cet organe. D'autre part, l'ouverture de la trompe dans le péritoine explique le retentissement facile de ses affections sur la séreuse du petit bassin.

Dans un certain nombre de cas, la salpingite succède à l'état puerpéral ; elle se montre au moment du retour des règles à des distances variables de l'accouchement. Cependant, dans l'observation de M. Trélat, la malade n'avait ni enfants ni fausses-couches, et l'affection avait commencé par une suspension des règles. Dans un cas de M. Bouilly, 22 ans après un accouchement suivi de péritonite, la malade commença à présenter les premiers signes de l'affection.

On l'observe chez des femmes jeunes ; nous relevons les âges suivants : 20, 22, 24, 32, 34, 43 ans.

M. Terrillon, M. Cornil, le Dr Lewers, Lawson Tait ont signalé des faits de salpingite blennorrhagique ; cette variété serait même plus fréquente dans certains hôpitaux de Londres fréquentés par les prostituées.

D'après Imbach, cette forme d'affection serait douteuse ; cependant on peut facilement admettre que les organismes infectieux de la blennorrhagie puissent gagner la trompe de Fallope en remontant du vagin par l'utérus ; ne les voit-on pas produire chez l'homme la cystite et la néphrite blennorrhagiques ?

Les affections des trompes sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le pense. Lewers, sur 100 autopsies de femmes a trouvé 17 fois des collections séreu-

(1) Académie de médecine, 31 mai et 26 juillet 1887. Trélat et Terrier, in *Revue de Chirurgie*, 1886. — Terrillon, *Revue de Chirurgie*, 1887. — Bouilly, Société de chirurgie 1887. — Lewers, Société obstétricale de Londres 1877.

ses, sanguines ou purulentes de la trompe ; cette fréquence est aussi affirmée par Lawson Tait. Quant aux relations de la salpingite avec la périmétrite, ou la pelvi-péritonite, il semblerait à M. Terrillon que l'on dût envisager l'évolution pathogénique de la façon suivante : Inflammation utérine, extension aux trompes, salpingite, extension au péritoine pelvien, pelvi-péritonite.

Il est fort probable que, suivant la cause première de l'affection, les produits de secrétion de la trompe seront variables ; l'inflammation est-elle simplement catarrhale et chronique, la trompe se remplit de mucus plus ou moins sanguinolent, ou bien de sang produit par ses villosités hypertrophiées. — Est-elle due au contraire à une affection qui s'est accompagnée de purulence, il y aura pyo-salpingite. L'obstacle à l'écoulement du sang produit par une tumeur de voisinage donnera naissance à un foyer hématique, autre forme d'hémato-salpingite.

M. le professeur Cornil résume de la façon suivante l'anatomie pathologique des salpingites ; il en reconnaît actuellement cinq variétés dont voici les principaux caractères : 1° *S. catarrhale*, avec hypertrophie plus ou moins considérable des villosités tubaires; 2° *S. purulente pyo-salpingite*, contenant un liquide puriforme ou franchement purulent renfermant de nombreux débris épithéliaux ; 3° *S. hémorrhagique — hémato-salpingite*, distension du canal tubaire par du sang liquide ou en caillots : 4° *S. tuberculeuse*, présentant une trompe bosselée volumineuse, offrant en certains points des taches jaunâtres ou des foyers de fonte tuberculeuse ; 5° *S. blennorrhagique*, caractérisée par une inflammation muco-purulente de la muqueuse.

La trompe utérine subit de notables modifications ; dans les formes catarrhales, blennorrhagiques, légères au début, la muqueuse est injectée, vasculaire, les villosités s'hypertrophient, la desquamation épithéliale est abondante. Sous l'influence de l'inflammation chronique, de l'exsudation hémorrhagique, la trompe se distend, prend le volume d'un œuf de pigeon, d'un pouce allongé, et, si l'orifice utérin s'oblitère ainsi que l'abdominal, elle se distend et peut arriver au volume d'un œuf de poule, du poing et même davantage. D'autres fois le processus inflammatoire produit dans son intérieur des cloisonnements; elle est alors bi ou trilobée. Les franges du pavillon s'atrophient le plus souvent, s'hypertrophient quelquefois.

La paroi de la trompe dilatée est tantôt atrophiée, tantôt hypertrophiée au point d'acquérir 8 à 10 millimètres d'épaisseur (cas de M. Trélat).

En même temps des poussées inflammatoires péri-tubaires établissent des adhérences entre la trompe et l'ovaire, puis entre ces organes et le péritoine pelvien ; ces adhérences fixent la tumeur tubaire et l'ovaire soit dans un des culs-de-sacs latéraux, soit dans la fossette rétro-utérine ; l'utérus est souvent dévié du côté opposé à celui où siège la tumeur. Dans un cas de pyo-salpingite étudié par MM. Trélat et Terrier, les intestins étaient agglutinés derrière la tumeur et un foyer de péritonite purulente circonscrite s'était logé entre leurs anses. L'ovaire lui-même est très souvent altéré, enflammé chroniquement, sclérosé ; d'autres fois, il subit une dégénérescence polykystique à petites cavités, on y trouve aussi des foyers hémorrhagiques. En un mot, toutes ces lésions aboutissent, comme on le voit, à rendre l'ovaire et la trompe malade inutiles à la fécondation.

Etudions maintenant la marche clinique de ces affections.

Dans presque tous les cas que nous avons sous les yeux, le début a été marqué par une *métrorrhagie abondante*. Dans les deux premières observations de M. Terrillon, les malades présentèrent ce phénomène 6 et 8 mois après l'accouchement. Une autre ne fut prise que six ans après ses couches. — D'autres fois des phénomènes péritonitiques sans métrorrhagie semblent marquer le début.

Tel est le cas de la quatrième malade de M. Terrillon qui, à 18 ans, après sa deuxième couche, fut prise d'une pelvi-péritonite dont les douleurs présentèrent quelque temps après les exacerbations caractéristiques des salpingites. Dans le cas de MM. Trélat et Terrier, le début fut marqué par un *arrêt des règles* bientôt suivi de douleurs péritonéales.

La maladie suit alors son évolution et elle se caractérise par plusieurs ordres de phénomènes. La douleur est un des éléments cliniques les plus importants. Elle est en général constante, exagérée aux époques menstruelles, elle siège dans le bas-ventre, dans une ou dans les deux fosses iliaques; la marche, les efforts, le coït l'exagèrent notablement ; il en est de même de la palpation de l'abdomen et du toucher vaginal pratiqué avec insistance. Ces manœuvres doivent être soigneusement faites et dans les cas où la sensibilité est trop vive il faut anesthésier les malades afin de procéder à un examen complet et minutieux.

A la palpation abdominale on peut trouver une tumeur siégeant habituellement au niveau des annexes de l'utérus, tumeur arrondie ou lobulée, marronnée, quelquefois du volume du poing ; elle n'est pas nettement fluctuante ; parfois tout à fait fixe, d'autres fois elle semble mobile, même pédiculée.

Au toucher vaginal on perçoit une petite tumeur déplissant et refoulant un des culs-de-sac vaginaux ; l'utérus est ordinairement moins mobile ; le plus souvent il est dévié du côté opposé à la tumeur ; celle-ci lui semble annexée et participe, au moins en partie, à son peu de mobilité. Dans le cas de M. Trélat, le toucher rectal permettait de constater très nettement la consistance dure, la forme lisse et arrondie de la tumeur.

Les poussées de *péritonite circonscrite* sont très fréquentes durant l'évolution des salpingites ; elles s'accompagnent de fièvre, de vomissements, d'un malaise général ; et leur répétition amène un état de dénutrition marqué de tout l'individu et peut même causer la mort par épuisement et marasme.

Dans quelques cas, l'épuisement est causé par la persistance de pertes sanguines périodiques, très abondantes ; d'autres fois on voit un écoulement sanguin abondant et continuel. Dans une observation, nous voyons aussi signalées des décharges pé-

riodiques de liquide brun roussâtre analogue au contenu de l'hématocèle.

Tels sont les principaux caractères cliniques des salpingites ; en résumé, le diagnostic est basé sur l'apparition d'hémorrhagies utérines coïncidant avec le retour des règles, les douleurs de péritonite localisée, l'existence d'une petite tumeur au niveau des annexes de l'utérus.

Mais on a pu bien souvent faire des erreurs de diagnostic ; nous n'allons que signaler celles qui sont possibles, afin d'appeler l'attention. Les *fibromes utérins* donnent bien lieu aux métrorrhagies, mais ne s'accompagnent pas aussi régulièrement d'accidents péritonitiques. Dans l'observation de M. Bouilly, il y avait un fibrôme et les pertes étaient continuelles ; il faut donc se défier de la coïncidence des fibromes avec la dilatation tubaire.

L'hématocèle retro-utérine commence rarement par une grande perte, mais plutôt par un arrêt brusque des règles ; elle est caractérisée par une tuméfaction diffuse, pâteuse du bas-ventre qui n'a aucun rapport avec la tumeur de la salpingite. Cependant, disons-le encore, quelques hématocèles anciennes, circonscrites, de petit volume, peuvent la simuler parfaitement.

Quant à la *pelvi-péritonite*, à la *périmétrite*, nous avons déjà dit qu'il faut les discuter avec circonspection, d'autant plus que souvent elles sont sous la dépendance d'une lésion de la trompe. Quand elles sont isolées, elles ne forment pas de tumeurs circonscrites, mais plutôt des empâtements, des plastrons douloureux et résistants ; les pertes sanguines ne s'y observent pas aussi nettement.

Le pronostic des salpingites est toujours sérieux ; les douleurs, les pertes amènent fatalement la femme à un état d'épuisement considérable qui finit par être fatal ou au moins la condamne à l'inaction.

La mortalité des salpingites abandonnées à elles-mêmes est de 24 0/0 (Lewers). La mort survient par anémie, épuisement et marasme ; ou bien une péritonite suraiguë termine brusquement la scène.

Dans les formes bénignes, sans ou avec peu de métrorrhagies, les organes atteints, trompes et ovaires, sont absolument inutiles, tout à fait impropres à la fécondation ; il n'y a donc pas à hésiter et à s'arrêter dans la déduction de l'indication thérapeutique.

Comment faut-il traiter ces salpingites ? On aura vite épuisé les calmants, on se butera très vite aussi à l'insuffisance des hémostatiques, l'ergotine n'agira point, l'eau chaude sera presque inutile. Une intervention plus radicale sera nécessairement indiquée ; elle ne devra pas être différée, car on s'exposerait à laisser englober les annexes malades dans des exsudats qui les fixeraient solidement à la paroi pelvienne et rendraient l'extirpation laborieuse, sanglante et dangereuse. Point non plus de ponctions exploratrices ; nous voyons dans le cas de MM. Trélat et Terrier cette opération, faite certainement avec toutes les précautions désirables, suivie d'une péritonite généralisée.

La laparotomie et l'extirpation des annexes malades, telle est l'indication que tout chirurgien prudent doit remplir, dès qu'il aura constaté la tumeur caractéristique. Temporiser serait s'exposer à rendre la situation plus hasardeuse.

D'ailleurs, Lawson Tait évalue à 2 ou 3 0/0 la mortalité dans ce genre d'intervention, proportion bien minime si on la compare aux 24 0/0 de mortalité pour les salpingites non opérées. Les quatre malades de M. Terrillon ont guéri définitivement ; il en est de même de l'opérée de M. Bouilly ; l'opérée de MM. Trélat et Terrier avait présenté une complication opératoire sérieuse, puisqu'on avait trouvé derrière la tumeur un foyer de péritonite purulente circonscrit par des anses intestinales. Néanmoins les suites opératoires furent bonnes, une fistule stercorale se produisit ; la malade sortit de l'hôpital quelque temps après avec une fistulette ne laissant plus passer de matières et, quelques mois après avoir repris sa vie habituelle, elle succomba brusquement, probablement à une péritonite d'origine stercorale.

J. BARETTE.

MÉDECINE PRATIQUE

Hystéro-traumatisme.

Parmi les plus importantes découvertes en pathologie nerveuse, il faut compter celle des phénomènes névropathiques hystériformes que peuvent faire naître les traumatismes chez les sujets les moins hystériques en apparence. On a désigné sous le nom d'*hystéro-traumatisme* cette catégorie d'accidents, qui étaient bien faits pour embarrasser tous les médecins, il y a peu d'années, et qui même aujourd'hui n'est pas encore connue de tous.

« Qu'une femme bien convaincue de nervosisme hystérique, hémianesthésique ovarienne, eût un beau jour, à la suite d'un léger choc, une paralysie ou une contracture, cela n'étonnait plus depuis Briquet et surtout depuis les travaux de MM. Charcot et Richer. Mais qu'un homme indemne jusque-là de tout nervosisme antérieur, qu'un soldat, qu'un terrassier, qu'un forgeron fût atteint d'accidents pareils à ceux que présentent les femmes, voilà qui était bien fait pour jeter le trouble dans les esprits. » Ainsi s'exprime M. Paul Berbez, chef de clinique adjoint de la Faculté pour les maladies nerveuses, qui a consacré une importante monographie à l'étude des phénomènes hystéro-traumatiques.

On connaît depuis Brodie les fausses coxalgies ou arthralgies douloureuses de la hanche de nature hystérique ; plus tard, on apprit qu'à la suite de traumatismes, quelquefois modérés, mais accompagnés d'une émotion violente, des phénomènes paralytiques plus ou moins accusés pouvaient se produire. Ce fut surtout à la suite des accidents de chemins de fer qu'on signala ces troubles dans la genèse desquels l'élément psychique paraissait jouer le rôle principal. Le mot d'hystéro-traumatisme fut prononcé pour la première fois par M. Joffroy à la Société médicale des hôpitaux.

Aujourd'hui il est admis que les accidents hystéro-traumatiques sont un chapitre de l'hystérie. Il en existe trois espèces : les paralysies flasques, les paralysies avec contractures, les arthralgies ou contractures douloureuses.

L'étiologie des accidents hystéro-traumatiques doit insister sur trois points : fréquence plus grande dans le sexe masculin, parce que l'homme est plus exposé aux traumatismes, — hérédité nerveuse directe ou indirecte, — intensité de l'émotion primant l'intensité du traumatisme.

Il faut encore ajouter que ce sont presque toujours des sujets encore jeunes qui donnent prise aux accidents dont nous parlons, — que l'hérédité nerveuse semble n'être pas indispensable et que le choc nerveux paraît suffire à créer de toutes pièces l'état hystérique, — enfin que ce sont généralement les membres soumis au traumatisme qui sont atteints de paralysie ou de contracture.

Les trois catégories d'accidents ont des caractères communs qui légitiment la création de la dénomination sous laquelle on les a englobés.

C'est d'abord leur *disposition segmentaire* ; ils affectent les parties avoisinantes d'une ou plusieurs articulations.

Ils s'accompagnent toujours de *troubles sensitifs* (anesthésies ou hyperesthésies) ; souvent des *troubles trophiques* se déclarent (atrophie ou dégénérescence fibreuse des muscles).

Ils reconnaissent les *mêmes causes* ; ils ont à peu près la même marche et la *même durée*, ils peuvent *alterner*, se succéder les uns aux autres.

Enfin, les sujets qui en sont atteints présentent les mêmes signes d'hystérie (*stigmates hystériques*).

Voici quelle apparence revêtent les PARALYSIES FLASQUES, les plus fréquentes des manifestations hystéro-traumatiques. L'individu subit un choc, plus ou moins violent, mais toujours accompagné d'une vive douleur ou frayeur.

Les désordres locaux constatés sur-le-champ ne sont généralement pas considérables ; il y a contusion simple ou même aucune lésion n'est appréciable. La paralysie ne se montre pas d'emblée ; ce n'est qu'au bout d'un temps variant de quelques heures à deux ou trois jours que le membre semble engourdi, pesant, puis devient de moins en moins capable de mouvement.

La paralysie flasque est complète ; « Le bras, s'il s'agit d'un bras, pend inerte comme la manche d'habit d'un amputé. » Les réflexes tendineux sont intacts ou peu diminués ; la contractilité électrique est intacte.

La sensibilité de la peau, des parties profondes, est complètement abolie dans tous ses modes (température, piqûre, sens musculaire).

Outre quelques troubles vaso-moteurs (refroidissement, changement de couleur de la peau), on observe, ainsi que l'a constaté Babinski, de l'atrophie musculaire.

Ces paralysies sont segmentaires, comme nous le disions. Si le poignet a été atteint par le traumatisme, la main est absolument inerte et l'anesthésie est complète jusqu'au niveau d'une ligne circulaire passant à trois travers de doigt au-dessus de l'interligne articulaire. Si le coude est en cause, l'avant-bras est paralysé comme la main et l'anesthésie remonte jusqu'à la partie moyenne du bras. Si le choc a porté sur l'épaule, la monoplégie brachiale est complète et l'anesthésie est limitée par une ligne qui, passant par le creux axillaire, va couper la clavicule et le grand pectoral vers leur tiers externe ; M. Charcot appelle cette disposition le *gigot brachial*.

Les mêmes particularités s'observent à propos de la paralysie hystéro-traumatique du membre inférieur ; on a un gigot crural, limité par une ligne d'anesthésie qui suit le pli de l'aine, les attaches du grand fessier et le périnée.

Les organes génitaux sont indemnes d'anesthésie.

Outre les paralysies segmentaires des membres, on peut donc observer comme paralysies hystéro-traumatiques, les monoplégies totales, la paraplégie, ou l'hémiplégie.

Au lieu de paralysie flasque, on peut observer soit primitivement, soit secondairement à la précédente, la PARALYSIE AVEC CONTRACTURE, c'est-à-dire une impuissance motrice s'accompagnant d'un état de rigidité persistante et involontaire du muscle, sans modification notable des réactions électriques et sans altération de texture de la fibre musculaire elle-même (Richer). Malgré les différences apparentes, la ressemblance est grande entre la paralysie flasque et la paralysie rigide. C'est la même distribution par segments, la même configuration de la ligne d'anesthésie, la même tendance aux troubles trophiques. Le type général de ces contractures est la flexion.

Le troisième type d'hystéro-traumatisme est constitué par l'addition de l'élément *douleur* à la paralysie avec contracture : l'ARTHRALGIE est le fait dominant, comme dans ceux que Brodie avait signalés chez les femmes hystériques. Chez beaucoup de jeunes sujets on remarque une tendance des chocs douloureux des jointures à provoquer de la contracture de quelques muscles du voisinage contracture du biceps après une chute sur le coude, (Terrillon). Dans l'hystéro-traumatisme, la contracture issue du traumatisme se diffuse pour ainsi dire et tous les muscles qui avoisinent l'articulation malade en sont atteints. Dans ces cas, la sensibilité cutanée est troublée alors par excès et non par défaut ; mais la distribution de l'hyperesthésie est comme celle de l'anesthésie dans les paralysies flasques et dans les paralysies avec contracture non douloureuses.

La marche des accidents hystéro-traumatiques est bien typique. La paralysie, la contracture, abandonnées à elles-même, peuvent durer des mois, des années même. Un beau jour, elles disparaissent, ou brusquement ou rapidement, quelquefois à l'occasion d'une émotion, ou par suite d'une suggestion.

Pour faire le diagnostic d'accidents hystéro-traumatiques, on doit se baser à la fois sur les caractères propres que nous venons d'indiquer et sur l'existence actuelle ou antérieure chez le sujet de quelques-uns de ces troubles moteurs, sensitifs, sensoriels ou psychiques que M. Charcot et ses élèves ont minutieusement étudiés sous le nom de stigmates

hystériques. Rappelons les principaux : rétrécissement du champ visuel, dyschromatopsie, hémianesthésie ou anesthésie pharyngienne, points hystérogènes, diathèse de contractures, etc..

La pathogénie des accidents hystéro-traumatiques trouve son explication dans l'existence d'une double aptitude — possédée depuis longtemps, ou latente et éveillée brusquement par le traumatisme : l'aptitude à la paralysie et l'aptitude à la contracture.

Il est d'expérience vulgaire qu'une frayeur intense et subite paralyse les membres, non par lésions de ceux-ci, mais par suspension, ou, comme dit M. Brown-Séquard, par inhibition de l'incitation volontaire qui doit partir du centre nerveux. Chez les sujets névropathes, cette inhibition est plus complète à l'occasion d'une moindre cause.

D'autre part, il existe chez les hystériques une tendance à la contracture, qui peut apparaître soit quand on frappe ou qu'on malaxe les muscles, soit quand on applique une ligature sur un membre.

Avec cette double prédisposition, on peut expliquer la production des paralysies flasques ou rigides consécutives au traumatisme.

Il est indispensable de faire remarquer qu'elles ont tous les caractères des paralysies qu'on peut faire naître *par suggestion* pendant le sommeil hypnotique. L'inhibition des centres moteurs dans les deux cas est comparable. « On paralyse par suggestion chez une hypnotique, dit Berbez, le membre supérieur droit. Aussitôt tous les signes de paralysie hystérique se révèlent. D'un autre côté, on amène un homme qui, au milieu de circonstances plus ou moins dramatiques est tombé sur l'épaule et a une paralysie en tout semblable à la paralysie de l'hypnotique.... Dans le premier cas, on a fait naître l'idée d'impuissance, et la paralysie s'est produite. Dans le second cas, le cerveau, vidé de toute sensation antérieure par suite de l'effroi, a centuplé l'importance du choc reçu sur l'épaule », et l'inhibition du centre dévolu au membre correspondant s'est produite. « Dans le premier cas, suggestion venue d'autrui ; dans le second, auto-suggestion. »

Le pronostic de l'hystéro-traumatisme est à la fois bon et mauvais. Il est bon en ce sens que la terminaison n'est jamais fatale. Mais la guérison se fait quelquefois attendre des mois, des années. De plus, il n'est pas rare de voir les contractures s'accompagner de troubles trophiques (dégénérescence fibreuse des muscles, rétraction des parties tendineuses ou aponévrotiques), et engendrer des attitudes vicieuses qui nécessiteront l'intervention chirurgicale.

Enfin l'hystéro-traumatisme, en créant de toutes pièces l'hystérie ou en la faisant apparaître, ouvre la porte à la foule des autres accidents de l'hystérie commune ou même de la grande hystérie.

Le traitement doit surtout consister à s'abstenir de toute manœuvre violente. En cas de contractures, il ne faut jamais faire de tentatives de redressement brusque, ni appliquer d'appareils contentifs. Le repos physique et moral d'abord, l'isolement, l'hydrothérapie méthodique, de courtes séances de massage sur les antagonistes des muscles contracturés ; — en cas de paralysie flasque, l'électrisation, certaines pratiques de massage, telles que la flagellation du crâne, — mais surtout la suggestion à l'état de veille ou dans l'état hypnotique, tels sont les moyens les plus rationnels.

Comme dit Berbez, « il s'agit de maladies de l'idée, c'est à l'idée qu'il faut s'adresser ».

P. LE GENDRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 août 1887.

A propos de l'internement du baron Seillière.

M. *Ball.* — Depuis quelque temps, une affaire retentissante a violemment attiré l'attention de la presse et du public. Je ne veux certainement point revenir sur les incidents multiples de l'affaire Seillière ; mais en présence des attaques insensées dont quelques-uns de nos confrères les plus honorables viennent d'être l'objet, il m'a paru nécessaire d'élever la voix dans cette enceinte pour protester, au nom de notre corporation tout entière, contre des accusations aussi odieuses que ridicules. L'indépendance absolue de ma position m'en donne le droit, et la situation officielle que j'occupe m'en fait presque un devoir.

Le baron Seillière a été mis en liberté. Un médecin de la préfecture, opérant par voie administrative, a déclaré que son état actuel justifiait sa sortie. Or, à peine élargi, le baron a rempli la presse anglo-américaine de ses plaintes rétrospectives qui ont été répercutées par la presse française.

On a vu paraître dans les feuilles publiques un journal rédigé par le malade pendant son internement; l'on apprenait ainsi que, dès son entrée dans la maison de santé de M. le docteur Falret, il aurait été l'objet de tentatives criminelles, destinées à lui faire perdre la raison et la vie. Des injections hypodermiques auraient été pratiquées dans le but de troubler ses facultés intellectuelles. Plus tard, il aurait été enfermé dans une chambre où des gaz toxiques étaient projetés à travers une fissure du plancher, afin de le faire périr par asphyxie, et c'est avec les plus grandes difficultés qu'il aurait échappé à cette tentative d'empoisonnement ; enfin, on lui aurait mis la camisole de force pour lui ingurgiter un liquide corrosif, dont les éclaboussures auraient brûlé ses vêtements.

Des organes sérieux de la presse reproduisent ces divagations. Vous en reconnaîtrez facilement l'insanité.

Mais est-il possible, à l'époque où nous vivons, de répondre par le mépris seulement à des assertions semblables ? Ce serait méconnaître absolument les mœurs contemporaines.

J'affirme, d'après mon expérience personnelle, que cet étrange roman a provoqué une émotion profonde dans toutes les classes de la société ; et ce sera l'un des étonnements des hommes de science de voir que le diagnostic formulé par les autorités les plus éminentes n'a pas suffi pour contrebalancer, dans l'esprit du grand public, les assertions sans fondement de quelques journalistes.

Est-il nécessaire de prouver à la société dans laquelle nous vivons que les aliénistes ne sont pas des assassins ? On pourrait croire que le simple bon sens suffit pour faire justice de ces attaques insensées ; et pourtant il n'en est rien.

Il est aujourd'hui démontré que la probité la plus incontestable, l'abnégation la plus absolue, et les

plus vastes connaissances scientifiques, ne suffisent pas pour défendre un savant des accusations les plus invraisemblables, s'il est médecin et s'il a le malheur de s'occuper des aliénés.

Je ne sais s'il appartient à l'Académie d'ouvrir une discussion sur des faits pareils, mais je ne puis réprimer le sentiment de douleur et d'indignation que j'éprouve en présence des calomnies qui se propagent sans obstacle dans la masse du public, et jusque dans l'enceinte des assemblées législatives.

Les aliénistes qui en font partie éprouveront, sans doute, le besoin de protester. Pour moi, j'ai déchargé ma conscience et je ne crains pas d'en appeler dans cette circonstance solennelle aux sentiments de justice et de dignité qui ont toujours animé les membres de cette Compagnie.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Dénonciation de l'exercice illégal par les médecins

(OPINION D'UN MAGISTRAT)

Barbezieux, 1er août 1887.

Monsieur et cher Directeur,

Le rapport présenté par M. le Docteur Barat-Dulaurier au syndicat de Coutras le 14 juin 1887, et publié dans le dernier numéro du *Concours médical*, contient le passage suivant :

« Seul aussi, le médecin devrait se livrer à l'art de « guérir. Il est vrai que, si les tribunaux sont d'une « sévérité parfois excessive à l'égard de ceux qui « débitent des drogues sans avoir un titre officiel, « ils trouvent, le plus souvent, des trésors d'indul- « gence dont bénéficient les Esculapes sans diplôme « ni patente dont nous subissons presque partout la « néfaste concurrence. Je n'hésite pas à l'affirmer « sans crainte d'être contredit, l'exercice illégal de « la médecine est favorisé avant tout par les péna- « lités dérisoires dont le législateur a voulu punir « les délinquants, pénalités tellement insuffisantes « que les magistrats des parquets, se sentant en « quelque sorte désarmés, aiment mieux garder un « dédaigneux silence que de requérir l'application « de la loi. »

Je retrouve là encore une erreur et des exagérations que j'ai déjà essayé de combattre. Est-il bien vrai que les tribunaux montrent *une sévérité excessive* à l'égard de ceux qui débitent des drogues sans avoir un titre officiel et qu'ils trouvent des *trésors d'indulgence* pour les Esculapes sans diplôme ni patente ?

Il est plus facile de lancer contre les magistrats une pareille accusation que de la justifier par des faits et des exemples.

M. le docteur Barat-Dulaurier est assurément de bonne foi dans ses critiques, mais s'il voulait bien citer les faits sur lesquels il fonde son appréciation, je pourrais, j'en suis persuadé, lui démontrer qu'il est dans l'erreur.

La loi du 19 ventôse an XI punit d'une *amende pécuniaire envers les hospices* le délit d'exercice illégal de la médecine sans usurpation du titre de docteur. Le législateur a oublié de fixer le taux de cette amende. Or il est de principe dans notre droit pénal moderne que dans le cas où la loi, en établissant une peine, a oublié d'en fixer la quotité, les tribunaux doivent appliquer la plus faible. C'est donc une amende de simple police, 15 francs *au maximum*, qui est encourue par l'auteur d'un délit d'exercice illégal de la médecine. Il n'en est pas ainsi du délit d'exercice illégal de la pharmacie, puni d'une amende de 25 à 600 francs par la loi du 29 pluviose an XIII, interprétant l'article 36 de la loi du 21 germinal an XI qui, elle aussi, avait omis de fixer la peine.

Que doit faire le juge, en présence de ces textes de loi ? Il lui est interdit de dépasser les limites tracées.

Monsieur le docteur Barat-Dulaurier se trompe encore lorsqu'il avance que les magistrats des parquets, *se sentant désarmés, aiment mieux garder un dédaigneux silence que de requérir l'application de la loi.*

Les magistrats sont si peu désarmés que je pourrais citer bon nombre de condamnations pour exercice illégal de la médecine sans usurpation de titres s'élevant à cinq ou six cents francs d'amende. Est-ce donc là une peine dérisoire, alors surtout qu'elle est sanctionnée par la contrainte par corps ? — Je pourrais citer notamment un jugement du tribunal de la Seine, 10e chambre, du 18 août 1876 qui condamnait un sieur Gayod en 368 amendes de 3 francs pour chacun des 368 faits constatés d'exercice illégal de la médecine, soit 1104 francs, 500 francs d'amende pour exercice illégal de la pharmacie et 3,200 francs de dommages-intérêts, en tout 4,804 francs. M. le docteur Barat-Dulaurier considère-t-il ce châtiment comme dérisoire et aurait-il fallu les travaux forcés pour le satisfaire ?

Non, les magistrats ne gardent point un dédaigneux silence ; mais, pour que l'action publique soit mise en mouvement, il faut une plainte, il faut au moins que les faits délictueux soient portés à la connaissance du Ministère public. Or, Messieurs les médecins se chargent-ils, en général, de dénoncer les faits d'exercice illégal qui leur portent préjudice ? Je ne le crois pas. Et pourtant ils y seraient parfaitement fondés ; ils pourraient se porter parties civiles, que l'exercice illégal émane soit d'un pharmacien, soit d'un vulgaire empirique ou d'un rebouteur. Je n'ai cessé de les y engager, non seulement dans leur intérêt, mais surtout dans l'intérêt de la santé publique.

Sans doute, la loi pénale en cette matière est insuffisante, je suis le premier à le reconnaître et à le proclamer ; il faut espérer qu'elle sera revisée ; mais il ne faut pas oublier qu'une peine séparée est encourue pour chaque fait d'exercice illégal et que, si ces faits sont nombreux, la condamnation peut encore être assez sévère. Supposez que la loi aujourd'hui en préparation ne se borne pas à punir l'exercice *habituel* de la médecine par un non diplômé, qu'elle emploie la formule de la loi de l'an XI et qu'en même temps elle édicte une amende de 100 à 500 francs, le sieur Gayod, condamné par le jugement précité aurait pu encourir une amende de 184,000 francs ! Convenez que ce serait un peu sévère. Dans l'état actuel de la législation, le tribunal de la Seine pouvait lui infliger une amende de 5,520 francs, il l'a réduite à 1104 francs ; c'est déjà un joli chiffre. Mais il ne faudrait pas aller toujours répétant que les tribunaux montrent une indulgence excessive pour les empiriques.

Si M. le docteur Barat-Dulaurier connaît un grand nombre de faits d'exercice illégal de la médecine, je l'engage fortement à les dénoncer au ministère public ; il suffira d'un simple avis de sa part à M. le Procureur général et, si les faits sont prouvés, il peut compter sur une répression qui

sera sévère et en proportion du nombre de ces faits.

Veuillez agréer, Monsieur et cher Directeur, l'assurance de mes sentiments particulièrement distingués.

DUBRAC,
Président du tribunal de Barbezieux.

Très honoré Président,

Je crois que mon excellent ami M. Dulaurier pourra citer quelques exemples assez caractérisés d'exercice illégal que les tribunaux n'ont pu réprimer.

Vous voyez la cause de leur impuissance dans le défaut d'assistance prêtée à la justice par nos confrères. Vous leur demandez de fournir les preuves des faits d'exercice illégal que vous les engagez à dénoncer à l'autorité judiciaire.

C'est dans ces constatations, dans cette dénonciation que résident justement les difficultés. Le médecin ne peut recueillir les témoignages, faire les dénonciations sans en éprouver un préjudice moral et parfois matériel.

Quand nous avons écrit aux magistrats : « Un tel exerce ouvertement la médecine ; il fait journellement des dupes et des victimes, il opère au grand jour ; vos agents peuvent recueillir faits et preuves ; » nous estimons notre rôle terminé et nous espérons, en vain, que celui de la justice est tout tracé.

S'il n'en peut être ainsi, nous continuerons à nous abstenir, au grand préjudice, comme vous le reconnaissez, de la santé publique.

Croyez bien, Monsieur le Président, que, si les médecins étaient assurés d'aller toujours devant un tribunal comme celui de Barbezieux, présidé par un magistrat aussi bienveillant pour eux que le Président Dubrac, ils n'hésiteraient pas.

Votre respectueux serviteur,
A. CÉZILLY.

Exercice illégal de l'art des accouchements.

Brosse (Marie), veuve Tollet, pour avoir à Rive-de-Gier, pratiqué l'art de l'accouchement envers 13 femmes, a été condamnée à 13 francs d'amende par le tribunal correctionnel de Saint-Étienne, dans son audience du 23 juin 1887. Cela représente, si nous sommes bon calculateur, 1 franc par délit : avis à ceux ou celles qui voudraient s'en passer la fantaisie ! (*Loire Médicale.*)

La crise médicale.

Quel est le médecin qui, envisageant les abus dans l'exercice de la médecine, ne s'est pas demandé maintes fois, comment il parvenait à se faire une clientèle ou à la conserver une fois faite ? Combien de praticiens, épris de leur art, soucieux aussi de la santé publique, n'ont pas, dans un moment d'indignation et de colère, stigmatisé, comme ils le méritaient, ces parasites collés à la peau du pauvre malade, s'engraissant de ses souffrances, les accentuant, et les multipliant avec cette conviction forcée que leur vie en dépend ! Avez-vous déjà passé en revue, chers confrères, les régiments de cette armée formidable ?

Faisons-les défiler.

Voici l'avant-garde : Rebouteurs, empiriques, masseurs sans diplôme, homœopathes, dentistes non médecins, accoucheuses, gardes-couches, pédicures, électriciens, magnétiseurs, etc., etc., et cette longue file de gens qui abreuvent les leurs ou leurs voisins, de médicaments plus ou moins connus.

Voyez cet empirique ; c'est le commandant, le roi de la bande. A son cabinet affluent des malades de tous genres. Vous avez une consultation et une bouteille à peu près toujours la même, pour une gratification.

Et cette gratification n'est pas toujours mince. Bien des équipages s'arrêtent devant sa demeure et des richards en descendent, et, contents, mettent dans le plateau une somme que le médecin vrai ne pourrait leur demander sans courir le risque d'être appelé voleur.

Il habite, non loin de nous, une commune où se rendent volontiers les touristes. Demandez donc, à son bourgmestre, des renseignements. Il vous répondra que, bien certainement, cet homme rend de grands services à l'humanité. A ses côtés se pressent, rebondis, une vraie cohorte de praticiens *ejusdem farinæ*.

Connaissez-vous les *masseurs* ? — Que de variétés dans cette troupe, depuis le plus humble jusqu'au grand chef. Ah ! par exemple, celui-ci est un rude lapin. Allez donc donner des leçons à ce monsieur, vous médecins, quand il s'agit de lésions chirurgicales !

Il connaît tout ; il sait tout. Ne lui demandez pas où il a puisé ces trésors de science. Vous lui faites injure. Il se redresse majestueux. N'a-t-il pas vingt années de pratique ? Il diagnostique sûrement, ce que, nous autres médecins, nous nous échinons en vain à découvrir. Voyez-le en présence du malade. Montrez la jambe. Ah ! déviation, rétraction des tendons, entorse au genou, massage, boum ! Par le massage, Madame, je vous guérirai votre enfant et votre ignare médecin n'y verra que du feu. Ah mais ! 20 années de pratique, infaillibilité médicale, tact professionnel et des productions scientifiques. Les voilà, Madame. Lisez-les et vous serez enthousiaste de mes succès ; vous saurez, ce que vous savez d'ailleurs, qu'on ne peut guérir sans moi. Quel homme ! Quel dentiste.

Et les homœopathes en chambre ! En voilà qui sont en rangs serrés. Mais que de curés, grands dieux !

Médecins de l'âme et du corps. Allez dans les campagnes et vous trouverez 60 % des curés qui ont chez eux un traité d'homœopathie et qui s'en servent parbleu ! J'en ai connu un, jadis, qui tenait pharmacie homœopathique. C'était un malin. Il affectionnait de traiter les gens qui en avaient outre mesure de leur maladie. Aussi que de guérisons ! Le récit de ses cures défraya les conversations jusqu'au moment où Dame Commission médicale mit un terme à ses exploits.

Les accoucheuses et gardes-couches sont mal représentées. Que signifie cette abstention ? Il est cependant une foule de petits maux sur lesquels elles sont consultées et qu'elles connaissent, on n'en peut douter ; mais voilà ! Constater une descente de matrice et ordonner des injections à l'alun ou l'application d'un pessaire est d'un maigre rapport. On se fatigue vite à ne rien ou à peu près rien gagner, surtout quand on pourrait perdre. En revanche, celles qui figurent dans notre armée font dans la société de rudes vides. Trop souvent, hélas ! l'impunité leur est acquise par la considération de l'honneur des familles et quelquefois par la complicité de misérables, nés pour tuer et non pour guérir.

Dentistes. — Voilà une corporation qui a tort d'avoir une dent contre les médecins ! On leur permet tout : prescriptions contre les maladies cons-

titutionnelles, traitement des maladies de la bouche et de l'estomac. J'ai connu jadis un irrégulier de cette profession, dont la faiblesse était d'aborder carrément le traitement de la syphilis chez des enfants qu'on lui amenait pour soins à donner pendant la dentition. Il prescrivait bravement: sublimé, iodure, etc., et plantait son nom en gros caractères sous sa prescription. Heureux l'enfant qui avait la syphilis. Tout est relatif, n'est-ce-pas ?

Parler des électriciens et des magnétiseurs et des somnambules serait chose intéressante.

Nous y reviendrons peut-être un jour. Nous devons aujourd'hui nous limiter et conclure ; le menu fretin de cette formidable armée de l'exercice illégal est nombreux et nuisible aussi bien à la santé publique qu'à l'intérêt des citoyens qui, seuls, possèdent le droit de soigner les malades.

Détruire cette crasse parasitaire n'est pas chose difficile, si les confrères veulent bien signaler les abus qu'ils connaissent. Le Cercle Médical serait heureux, nous en sommes convaincus, d'appuyer dans cette lutte les confrères lésés, et la Commission Médicale a trop le désir de faire table rase de tous les abus, pour ne pas se faire le défenseur de ceux qui demandent à la justice protection et appui.

Dr R.

(*Le Scalpel*.)

Les pharmaciens ont-ils le droit de produire une ordonnance de médecin en justice, sans violer le secret professionnel ?

Epinal, 6 juin 1887.

Mon cher Président,

Vous m'avez prié d'examiner la question de savoir si dans les débats qui ont eu lieu à Remiremont entre le docteur Gaillemin et le pharmacien Simon, celui-ci a pu produire des ordonnances de celui-là sans s'exposer à des dommages-intérêts, ou même à une poursuite du Ministère public.

Avant de traiter cette question au point de vue de l'espèce particulière qui y donne lieu, je veux, pour répondre à ce que je sais être votre désir, la traiter d'abord au point de vue général.

L'ordonnance du médecin est certainement la propriété du client auquel il la délivre et qui en paye le prix. Ce client peut exiger que le pharmacien la lui restitue après l'avoir exécutée.

S'il la lui laisse, si le pharmacien, à l'occasion d'un débat quelconque, en produit en justice l'original, ou la copie qu'il en aura prise, sans avoir été autorisé à faire cette production, elle constitue assurément une indiscrétion. Mais peut-elle donner lieu à l'exercice de l'action publique ou de l'action civile ?

Cela dépend des circonstances.

Si la publicité donnée à l'ordonnance révèle un véritable secret, dont le pharmacien n'a eu connaissance qu'à titre confidentiel et dont la divulgation, dictée par l'intention de nuire, est susceptible de porter préjudice à son client, il est certain que le pharmacien a commis le délit prévu par l'article 378 du Code pénal. Le Ministère public peut le poursuivre pour faire prononcer une peine, et le client lésé pour obtenir une réparation civile.

Quant au médecin, il n'a ni motif, ni droit d'exercer une action quelconque.

Si la production de l'ordonnance n'a pas eu lieu dans des conditions qui permettent de la faire tomber sous l'atteinte de l'article 378 du Code pénal, elle n'ouvre une action qu'autant qu'elle constitue un fait dommageable, ou, pour parler plus exactement, une faute portant préjudice à autrui. Cette action appartient à la partie qui souffre ce préjudice, c'est-à-dire au client dans certains cas, au médecin dans d'autres, suivant l'usage que le pharmacien a fait de l'ordonnance, suivant les mobiles qui lui en ont inspiré la divulgation.

Voilà ce qu'il est possible de dire en thèse générale.

En ce qui concerne spécialement le pharmacien Simon, l'étude attentive des deux dossiers que vous m'avez remis ne m'a fait découvrir aucune trace d'une production indue des ordonnances du Dr Gaillemin devant le tribunal civil de Remiremont. Si cette production a été faite, elle n'a donné lieu ni à poursuites, ni même à réclamations de la part des clients communs du pharmacien et du médecin. Visait-elle ce dernier ? Il n'a été pris en son nom aucune conclusion qui en demandât spécialement la répression. Sans doute, dans sa plaidoirie, Me Mengin, son avocat, a relevé, avec son talent habituel, ce qu'elle avait d'abusif et détruit les conséquences qu'on cherchait à tirer des ordonnances. Les explications échangées à ce sujet ont contribué à déterminer la décision du Tribunal. Dans tous les cas, il n'est pas possible de trouver dans les pièces du procès l'ombre d'une circonstance qui fasse naître une nouvelle action au profit du docteur Gaillemin.

Agréez, etc.

Le conseil judiciaire du syndicat,
MAUD'HEUX.

Ainsi se trouve élucidée une question d'intérêt général que nul de nous ne connaissait suffisamment. *En disposant des ordonnances médicales* à son gré, en les produisant à l'audience par exemple, *le pharmacien ne viole pas fatalement le secret professionnel* auquel il est obligé comme nous; *il faut qu'il y ait intention de nuire ou que la production de ces ordonnances constitue un acte dommageable soit pour le client, soit pour le médecin.*

(*Bulletin du Syndicat des Vosges*.)

— Même sans intention de nuire, les médecins (affaire Wattelet) ne peuvent violer le secret médical. Les pharmaciens ne peuvent exciper d'un privilège. La question ne nous paraît donc pas résolue.
N. D. L. R.

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur une modification du manuel opératoire de la thoracentèse par aspiration, permettant de régler l'aspiration pendant toute la durée de l'opération, et d'éviter les accidents dus à l'abaissement trop grand ou trop brusque de la pression intra-pleurale,

Par M. le Dr ALBERT RUAULT (1).

L'importance de la notion des pressions intrapleurales dans la symptomatologie et le traitement des épanchements pleurétiques a depuis longtemps déjà attiré l'attention des observateurs. Soulevée par M. Peyrot, en 1876, cette question a été depuis lors étudiée par plusieurs auteurs, parmi lesquels il

(1) Extrait des comptes rendus de la Société de Biologie.

convient de citer G. Homolle, Quincke, Weil, et le professeur Pitres. Des observations de ces différents médecins il résulte que la pression intra-pleurale, négative à l'état de santé et d'environ — 20 millimètres de mercure (vide-pleural), s'élève, chez les pleurétiques avec épanchement, à + 10, + 30 et même davantage. Le danger de cette élévation de pression intra-pleurale est conjuré par la thoracentèse. Mais lorsque l'épanchement est évacué par la thoracentèse, et même par la thoracenthèse par aspiration, la pression intra-pleurale ne retombe jamais à la normale. D'ordinaire, elle est encore de + 10 à 0 millimètre de mercure à la fin de l'opération ; plus rarement, elle s'abaisse au-dessous de la pression atmosphérique, quelquefois jusqu'à — 10 ou même — 15 millimètres de mercure. Elle s'abaisse au moment de l'inspiration de 4 millimètres en moyenne (oscillations respiratoires). Dans tous les cas où chez les malades dont on avait mesuré à l'aide d'un manomètre la pression intra-pleurale pendant l'opération, on a observé des accidents post-opératoires tels que la syncope, l'expectoration albumineuse ou l'hémothorax, la pression intra-pleurale était inférieure à — 10 ou — 15 millimètres de mercure à la fin de la thoracentèse. Il est donc légitime d'attribuer ces accidents à un abaissement exagéré de la tension intra-pleurale chez des sujets dont l'élasticité pulmonaire est entravée. Aussi, le professeur Potain et le professeur Pitres recommandent-ils de ne jamais pratiquer la thoracentèse par aspiration sans interposer entre la plèvre du sujet et l'appareil un manomètre, et de cesser l'opération dès que celui-ci indique que la pression intra-pleurale est inférieure à — 10 ou — 15 millimètres de mercure. Mais, malgré l'autorité de ces maîtres, l'usage du manomètre ne s'est pas répandu dans la pratique. C'est que les appareils aspirateurs les plus simples sont déjà des instruments assez compliqués, et qu'il répugne aux praticiens de les compliquer encore davantage. J'ai donc pensé qu'il était utile de proposer un mode opératoire qui, tout en simplifiant beaucoup l'appareil à employer, permît de régler facilement l'aspiration, de la rendre, si l'on veut, constante pendant toute la durée de l'opération, ou encore de la diminuer ou de l'augmenter dans des limites utiles, et enfin de la mesurer à chaque instant avec une approximation très suffisante.

Prenons un bouchon de caoutchouc de moyen calibre, susceptible de s'appliquer sur une bouteille ordinaire. Ce bouchon, percé de deux trous, sera traversé par deux tubes de verre, parallèles à son axe, et environ deux fois et demi ou trois fois plus longs que lui. A l'extrémité supérieure de l'un de ces tubes de verres, ajustons un tube de caoutchouc long d'environ 60 centimètres, sur le trajet duquel, au voisinage de son extrémité libre, sera interposé un robinet. Cette extrémité libre de ce tube en caoutchouc est destiné à être ajustée à un trocart de l'appareil du professeur Potain. A l'extrémité supérieure du second tube de verre, ajoutons un second tube de caoutchouc, long d'environ 1m 30. A l'extrémité inférieure (celle qui, le bouchon étant placé sur une bouteille, regarde vers la cavité de la bouteille) de ce même tube de verre, ajoutons un second tube de caoutchouc, assez long pour plonger jusqu'au fond de la bouteille. Voilà notre appareil construit.

Supposons maintenant que nous veuillions pratiquer la thoracentèse. Nous plaçons près du lit du malade, sur la table de nuit par exemple, la bouteille remplie d'eau aux deux tiers environ. Nous laissons tomber le plus grand tube de caoutchouc au fond d'un bocal placé à terre, et destiné à recueillir le liquide pleural. Soufflons ensuite par l'extrémité libre du tube de caoutchouc de 60 centimètres : nous amorçons ainsi le siphon formé par les deux autres tubes de caoutchouc réunis par un tube de verre. Laissons alors couler ainsi une certaine quantité d'eau, de façon que l'extrémité du grand tube de caoutchouc plongeant dans le bocal se recouvre d'une nappe de liquide. Fermons alors le robinet. L'eau continue d'abord à s'écouler dans le bocal par le siphon, mais de plus en plus lentement, et enfin l'écoulement s'arrête. (En se servant d'un litre et en opérant dans une salle d'un des hôpitaux de Paris, où les meubles ont sensiblement la même hauteur, avec l'appareil que je présente ici, l'écoulement cesse au moment où la pression de la cavité de la bouteille, au-dessus de l'eau, est inférieure à la pression atmosphérique d'environ 5 centimètres de mercure.) Notre appareil est alors prêt à fonctionner. Il suffit d'ajuster le trocart, de ponctionner et d'ouvrir le robinet ; le liquide pleural coule dans la bouteille et se mélange à l'eau qui y est déjà contenue. Mais dès que la quantité de liquide augmente dans la bouteille, la pression augmente au-dessus de ce liquide, et le siphon se réamorce. Le liquide s'écoule dans le bocal ; et il continue d'y couler jusqu'à la fin de l'opération. Si le bocal est assez large pour que les différences de niveau s'y fassent peu sentir, la pression, dans la bouteille aspiratrice, reste sensiblement constante pendant toute la durée de l'opération.

L'aspiration se fait avec une force toujours égale. Cette aspiration, mesurée par 6 centimètres de mercure environ, est plus que suffisante pour assurer l'écoulement du liquide pleural dans tous les cas, même lorsqu'une secousse de toux inattendue exagère momentanément de beaucoup l'amplitude des oscillations respiratoires. On aura aisément la mesure approximative de la pression intra-pleurale, à un moment donné, si elle devient négative, car le liquide pleurétique cessera de couler lorsque cette pression intra-pleurale sera sensiblement égale à la pression de la chambre à air de la bouteille aspiratrice. Or celle-ci varie en raison de la longueur de la grande branche du siphon ; on pourra donc facilement la faire varier en plaçant le bocal plus ou moins bas au-dessous du niveau du liquide dans la bouteille, et l'évaluer approximativement à un moment donné. De même qu'on peut ainsi régler l'aspiration, on peut également régler l'écoulement en ouvrant plus ou moins le robinet voisin du trocart, et éviter ainsi les décompressions pleurales brusques.

Je n'insisterai pas sur les avantages qu'offre ce dispositif d'une si grande simplicité, réalisant un appareil qui mérite la dénomination *d'aspirateur automatique*. Il permet en effet à un opérateur de faire la thoracentèse sans aides, sans interrompre à aucun moment l'opération quelle que soit la quantité du liquide à retirer de la plèvre, et dans des conditions exceptionnelles de sécurité pour le malade. Je me bornerai à faire remarquer que, dans le cas de pleurésie purulente, si l'on voulait faire le lavage de la plèvre, rien ne serait plus facile. Il suffirait de disposer l'extrémité pleurale du tube de caoutchouc en Y, chaque branche de l'Y étant munie d'un robinet et mise en rapport, l'une avec la canule du trocart, l'autre avec l'appareil à lavage dit siphon de Potain. On commencerait par retirer le pus par aspiration, en ayant soin de maintenir fermé le robinet en rapport avec le liquide laveur. Puis, la plus grande partie du pus étant retirée, on fermerait le robinet aspirateur, on ouvrirait l'autre pour faire pénétrer lentement dans la plèvre une quantité déterminée de liquide laveur. Le siphon aspirateur restant amorcé, on retirerait ce liquide de la plèvre, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'il revienne propre. Il faudrait prendre soin, lorsque le bocal serait plein, de ne le vider qu'en partie, de façon que l'extrémité de la grande branche du siphon soit toujours recouverte par une certaine quantité de liquide, sans quoi des bulles d'air remonteraient dans la bouteille par la grande branche du siphon et celui-ci se désamorcerait.

Grâce à l'obligeance de M. le Professeur Ch. Bouchard et de M. le docteur Tapret, j'ai pu pratiquer deux fois la thoracenthèse avec cet appareil. La première opération a été faite à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. Tapret), le 24 juillet 1887, avec l'aide de M. Budor, interne des hôpitaux ; et la seconde à l'hôpital Lariboisière (service de M. Bouchard) avec l'aide de M. Widal, interne du service. La première fois, nous avons retiré deux litres de liquide séro-fibrineux, la seconde deux litres et demi de pus très épais.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Les Syndicats dans certaines grandes villes. Les syndicats « pas-nés ».

Il nous semblait que les syndicats avaient conquis droit de cité d'une façon définitive, et les adversaires de la première heure nous paraissaient avoir enfin désarmé. Il n'en est pas tout à fait ainsi et sur quelques petits coins de notre territoire, il est, paraît-il, encore de bon ton de les traiter de ramassis de mécontents, de ratés, de déclassés !!

De certaines gens ces aménités ne nous étonnent ni ne nous émeuvent. Ceux qui crient « au voleur ! » ne sont-ils pas souvent ceux-là même que la justice devrait frapper ? Le procédé est simple et à la portée des plus vulgaires intelligences. On crie bien fort pour attirer à soi l'attention. On cherche à abaisser les autres pour paraître à un niveau supérieur, pour paraître irréprochable ou déverser le blâme à flots sur des confrères dont les intentions sont de tous points louables, la conduite absolument irréprochable et les revendications légitimes au premier chef.

Il est regrettable que cette façon d'agir soit encore celle de certains hommes que leur éducation et leur situation auraient dû préserver de semblables travers. Des médecins parvenus aux grandeurs, oublieux de leurs peines et de leurs soucis de la première heure, ne paraissant pas se douter que tous leurs confrères ne sauraient vivre dans le même milieu, font semblant de ne pas comprendre les doléances de ceux qui ont été moins favorisés par les circonstances ou les hasards de la fortune ! Pour peu qu'on les y poussât, ils diraient volontiers que tous les médecins qui ne font pas partie de leur cénacle ne sont que des imbéciles et des crétins. Le lot qui leur est échu en partage ne serait que la juste récompense de leur mince mérite.

Et qu'on n'aille pas crier à l'exagération. Nous pourrions citer bien des faits qui confirmeraient les considérations qui précèdent. Nous nous contenterons pour aujourd'hui de reproduire les passages suivants d'une lettre d'un confrère digne de foi.

AD. BARAT DULAURIER.

Les syndicats pas-nés.

On naît *né* ou l'on naît *pas-né* : chacun sait ça et le bon vieux temps est là pour le démontrer. Or, les syndicats médicaux sont du mauvais bord. Je m'en étais toujours douté. J'en ai le cœur nèt à présent.

Etant récemment dans une grande ville de France, j'eus occasion de causer avec des professeurs et des médecins des hôpitaux. Je poussai la conversation sur les syndicats, qui n'éblouissent pas positivement dans la ville en question. Que j'étais bien tombé !

« Les syndicats, ah ! parlons-en ! me dit, avec un geste pathétique, un professeur jeune cependant et renommé pour son urbanité exquise, un ramas de ratés, de déclassés, de besoigneux, d'envieux, de jaloux qui, n'ayant pas de clientèle, sinon celle des pauvres, et ne pouvant ou ne voulant affronter le concours pour avoir accès à l'Ecole ou aux hôpitaux, se coalisent pour battre en brèche ces inéluctables institutions et pour jeter le discrédit sur tout ce qui est honorable !

— Diable ! fis-je. Comment, les syndicats sont si monstrueux que cela ! Moi qui les croyais tout bonnement une association libre de médecins désireux de se voir, de se connaître, de se faire part de leurs besoins et de résister honnêtement, mais sérieusement, aux empiètements illégaux de tout le monde et à l'insupportable exploitation dont ils ont toujours été les victimes naïves.

— Baste, des mots ! rien autre ! me répondit un chirurgien des mieux pensants — universitaire enragé qui fait élever ses enfants par les jésuites — les syndicats ne sont qu'une machine de combat. C'est de la franc-maçonnerie et « les honnêtes gens » se gardent bien de s'en mettre.

— Pardon, repris-je. Ici, c'est possible. Dans cette douce ville où tout est bleu ou blanc avec une unanime intransigeance, cela se comprend. Vous êtes de l'Association, vous autres qui, modestement, vous dénommez les honnêtes gens. Vous vous oc-

troyez le droit, le devoir de vous associer, et, nécessairement, vous le refusez à autrui. C'était le raisonnement (!!) du grand Veuillot, votre pontife. Cependant, à travers les nombreux syndicats qui, contre vent et marée, sont nés, vivent et fonctionnent, vous m'avouerez bien honnêtes, au vrai sens du mot, des professeurs et des praticiens comme X. Y. Z. Quelques-uns d'entre eux, même, passent pour des illustrations scientifiques.

Et je ne sache pas que l'Association ait tant à faire la grande dame et à se vanter de ne posséder que des immaculés dans son auguste sein. C'est elle, en définitive, qui déclare la guerre aux syndicats, — ou, du moins, qui a été tentée de le faire. Les syndicats, au contraire, polis et prévenants comme tout nouveau-né, n'ont pas assez de salamalecs et de protestations de tendresse pour l'aïeule, un peu grincheuse, qui n'admettait ni concurrence, ni dédoublement. Pourquoi donc en vouloir tant à ces innocents syndicats ? « Parceque, conclut un autre professeur charmant, parce que les syndicats ne se composent que de radicaille ! ! »

Je rompis la causerie qui devenait par trop intéressante, et je vous la rapporte aujourd'hui pour que vous vous fassiez une idée exacte de la manière dont certains milieux, d'un fanatisme naturel, envisagent les syndicats et estiment les gens qui les composent.

Loin d'en être ému, continuez la lutte si vaillamment engagée pour la défense des intérêts sociaux des médecins. Cela est capital. Et peu à peu, contraints par l'évidence, les associés ne reprocheront plus aux syndiqués de n'être pas nés, quand ils verront les actes conformes aux doctrines et le succès couronner l'œuvre.

Je puis d'autant mieux vous parler de tout ceci que je ne fais partie d'aucun syndicat, ce que les associés de la fameuse ville ne manqueront pas de taxer de partialité de ma part. Enfin !

Dr P.

RÉFLEXIONS.

Cher confrère P.,

Vous reverrez un jour vos interlocuteurs. Avec des gens de cette sorte le raisonnement n'a pas de prix. A quoi bon essayer de persuader qui ne consentirait point *à l'être*, parce que son intérêt le lui défend. Oui, c'est uniquement leur intérêt qui dicte le langage de ces ratés de la médecine, qui, sur une scène de sixième ordre, où ils ont échoué, veulent jouer le rôle d'oracles.

Que nous importe, à nous, qui prétendons prouver le mouvement de la bonne manière, en atteignant les buts qui sont à notre portée, d'exciter l'ombrage intéressé de ces médecins ! Ils ont d'autant plus la préoccupation de leur mince situation que plus mince est leur mérite ! Ce jeune professeur, ce chirurgien des hôpitaux d'une grande ville, nous les avons vus, naguère, sur les bancs de l'Ecole. Leurs camarades trouvent qu'ils sont très bien à leur place là où vous les faites vivre et que leur langage, vis-à-vis des *syndicats*, trouve son excuse dans l'amertume naturelle aux cœurs doués d'une ambition hors de leur portée.

Conseillez-leur donc d'écrire ce qu'ils pensent à tous nos amis du Havre, une grande ville aussi !

Mais ne discutez pas ; affirmez-leur que tous les syndicats sont ce que valent les gens qui les composent et que vous ne leur conseillez pas d'en fonder eux-mêmes en vue de l'exaltation de leur personnalité. Ce syndicat serait *mort-né* !

A. C.

NOUVELLES

L'ascension du ballon le « Horla ».

Nous avons assisté, le mardi 17 août, à la *conférence* qui a eu lieu, 69, boulevard de Clichy, au siège social de la Société aéronautique française. MM. Jovis et Mallet, les intrépides explorateurs des régions élevées de l'atmosphère, ont fait le récit de leur mémorable ascension.

Partis le 13 août, vers 7 heures du matin de l'usine de la *Villette*, ils sont allés atterrir à *Saint-Hubert*, dans le *Luxembourg*, le même jour à 11 heures du matin. Les aéronautes avaient le dessein de s'élever à une altitude suffisante pour démontrer que les expériences qu'on va pratiquer au prix de grandes fatigues et de quelques dangers sur les pics des montagnes les plus élevées, pouvaient avoir autant de facilité à s'exécuter dans la nacelle d'un ballon. Ils voulaient prouver qu'à une altitude de 6 à 7 mille mètres, les fonctions physiologiques des expérimentateurs, pourvus d'appareils contenant de l'oxygène, s'accomplissent d'une façon suffisante pour qu'ils puissent se livrer aux plus délicates recherches.

Ils étaient munis d'instruments enregistreurs sous scellés qui devenaient les témoins de leurs assertions.

L'ascension a été relativement longue ; à 5,500 mètres, M. Mallet a été pris de quelques phénomènes congestifs. Un sommeil de courte durée a fait disparaître ces troubles et c'est à ce moment, que les deux navigateurs aériens ont résolu, malgré une insuffisance de lest, de monter aussi haut que possible. Leur baromètre a marqué, en effet, l'altitude de 7,100 mètres. A cette élévation, leur état physiologique était irréprochable.

La descente, par suite d'une défectuosité dans la construction du ballon, s'est opérée avec une vitesse vertigineuse, à ce point que dans leur chute les voyageurs ont éprouvé plus de troubles qu'à 7,000 mètres.

En somme, l'ascension du ballon le *Horla* est un succès pour la Société des aéronautes. Il est dû aux progrès accomplis par cette société dans la construction du matériel et notamment dans l'invention d'un vernis spécial. Substitué à l'ancien, il a permis de construire un ballon qui, jaugeant 1,650 mètres cubes, ne pèse que 450 kilogr. avec son personnel, ses instruments, son lest, etc.

L'ascension de MM. Jovis et Mallet a démontré aussi l'existence de *courants aériens superposés*.

La relation du voyage sera publiée dans les journaux spéciaux. Malgré quelques critiques qui ne nous paraissent pas sérieuses, les observations recueillies procureront de précieuses données. Nous adressons nos sincères félicitations à MM. Jovis et Mallet. Ils ont porté *haut* le drapeau d'une société *française* et hâté le jour où les observateurs pourront, sous la sauvegarde de capitaines expérimentés et hardis, préciser les conditions possibles de la future *navigation aérienne*.

H. C.

BIBLIOGRAPHIE

Les Maladies épidémiques (Hygiène et prévention), tel est le titre du nouveau volume de la *Bibliothèque utile*. L'auteur, notre confrère le Dr E. Monin, s'est appliqué (avec son grand sens de vulgarisation) à faire connaître aux gens du monde les préceptes de l'hygiène publique et privée les plus capables de les préserver contre la fièvre typhoïde, le choléra, les fièvres éruptives, la diphthérie, la phthisie, la rage, etc., etc.

Nous prédisons à cet excellent manuel, mis à la portée de tous, le succès le plus mérité.

Tome 97 de la collection ; Félix Alcan, éditeur ; prix : 0 fr. 60 broché ; cartonné : 1 fr.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St André, 3

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

L'adénopathie axillaire au cours de la tuberculose du poumon.

M. le Dr *Sanchez Toledo* a consacré sa thèse inaugurale à cette question absolument nouvelle, sur laquelle M. le professeur *Grancher* avait appelé l'attention dans une clinique l'hiver dernier.

La petite fille qui a été le point de départ de cette étude, ayant eu une pleurésie, entra plus tard à l'hôpital avec des lésions tuberculeuses des poumons et une tumeur ganglionnaire volumineuse de l'aisselle droite ; on trouvait également, au niveau de la région sus-claviculaire et de la région sous-maxillaire du même côté, des ganglions hypertrophiés. — M. Grancher rapprocha de ce fait deux autres cas où la coexistence de lésions tuberculeuses du poumon et d'adénopathies axillaires avaient été signalée et montra combien il était naturel de voir une relation de cause à effet entre la lésion pulmonaire et la lésion ganglionnaire.

Ainsi, les pneumopathies tuberculeuses peuvent infecter les ganglions de l'aisselle par l'intermédiaire de la plèvre, soit par le trajet direct des lymphatiques qui se rendent à l'aisselle en traversant la paroi thoracique, soit par l'intermédiaire des ganglions sus-claviculaires. Cette marche n'avait pas été signalée jusqu'ici ; elle a pourtant une certaine importance dans quelques cas au point de vue du diagnostic et du pronostic : la tumeur ganglionnaire pourrait appeler l'attention sur la pneumopathie encore latente, et l'existence de celle-ci devrait détourner le chirurgien d'opérer l'ablation de la tumeur ganglionnaire, s'il était tenté de le faire, comme on enlève certaines tuberculoses locales pour prévenir l'infection générale. Aussi M. Grancher terminait-il la clinique à laquelle nous faisons allusion par le conseil suivant : « Dorénavant, toutes les fois que vous vous trouverez en présence d'un phthisique, ne négligez pas d'explorer l'aisselle. — Toutes les fois que vous vous trouverez en présence d'une tumeur de l'aisselle, ne négligez pas d'ausculter le poumon. »

Les micro-organismes de la bouche et des matières fécales ; leur action sur quelques substances alimentaires. — Les microbes des eaux minérales.

Les organismes microbiens contenus dans le tube digestif, même à l'état normal, sont en nombre considérable. Il y en a de nuisibles, mais il semble y en avoir aussi de fort utiles, indispensables peut-être à l'accomplissement des fonctions physiologiques. La communication que vient de faire à l'Académie des sciences M. *Vignal*, est fort importante à ce point de vue. Cet observateur éminent avait publié au mois de novembre 1886 dans les *Archives de Physiologie* des recherches sur les microbes normaux de la bouche ; il annonçait en avoir isolé et cultivé 17 espèces, les unes déjà vues par des observateurs précédents, comme Miller ; d'autres non encore décrites qu'il a désignées par des lettres, coccus a, b, c, d, e. Depuis cette époque, M. Vignal en a encore isolé deux nouveaux : l'un est le micrococcus Pasteur, déjà décrit par Sternbergi et ainsi dénommé parce que, vu pour la première fois par Pasteur dans la salive d'un enfant mort de la rage, et inoculé au lapin, il l'avait fait mourir de septicémie; l'autre est un coccus qui a été désigné par la lettre k.

Or, Vignal a découvert que plusieurs de ces microbes ont sur les matières alimentaires des in-

fluences analogues à celles qui déterminent la digestion normale.

Ainsi, parmi ces micro-organismes, sept dissolvent l'albumine, cinq la gonflent ou la rendent transparente ; dix dissolvent la fibrine, quatre la rendent transparente ou la gonflent ; neuf dissolvent le gluten, sept coagulent le lait, six dissolvent la caséine ; trois transforment l'amidon, mais un seul agit un peu énergiquement, un autre paraît vivre à ses dépens sans l'hydrater ; neuf transforment la lactose en acide lactique ; sept intervertissent le sucre cristallisé ; sept font fermenter la glycose et la tranforment partiellement en alcool. Toutes ces actions sont plus ou moins énergiques : les unes agissent rapidement, d'autres très lentement.

Parmi ces micro-organismes, six résistent plus de vingt-quatre heures à l'action du suc gastrique maintenu à 36°-37°, que la culture soit récente ou vieille avec des spores ; cinq résistent plus de deux *heures* à son action, lorsque la culture est récente, et plus de vingt-quatre, lorsqu'elle contient des spores ; deux autres y résistent seulement une heure lorsque *la culture* est *récente* et les spores d'un de ces derniers vingt-quatre heures, celles de l'autre seulement six heures ; les six derniers ne résistent pas une demi-heure à son action, que la culture soit récente ou ancienne.

Le suc pancréatique, préparé artificiellement et doué d'une action très puissante, et la bile n'ont aucune action destructive sur ces micro-organismes.

Dans les matières fécales, M. Vignal a retrouvé six des micro-organismes de la bouche (le bacille *Mesentericus fuscus*, le bacille *d* ou *Coli commune*, les bacilles *b*, *c* et *e* et le *coccus k*) et quatre autres micro-organismes : un streptocoque, un coccus et deux bacilles.

Un de ces derniers dissout l'albumine ; deux rendent transparente la fibrine ; trois dissolvent le gluten ; un transforme de l'amidon des pommes de terre, mais pas celui de l'empois, quoique, afin de lui fournir des matières azotées, l'empois ait été préparé avec du bouillon de veau, au lieu d'eau ; deux coagulent le lait ; un dissout en partie la caséine et coagule ce qu'il ne dissout pas ; trois transforment la lactose en acide lactique ; trois intervertissent le sucre de canne et deux transforment en partie la glycose en alcool.

L'action de ces micro-organismes doit être considérable sur les aliments, car une série de numérations a montré qu'ils étaient au nombre de plus de 20 millions dans un décigramme de matières fécales, et certainement tous les micro-organismes qui y étaient contenus ne se sont pas développés dans les milieux que M. Vignal a employés.

Afin d'essayer de réaliser ce qui se passe dans le tube digestif, où les micro-organismes ne sont pas isolés, M. Vignal a ensemencé des séries de ballons d'une part avec du tartre dentaire et de l'enduit lingual, d'autre part avec un peu d'eau dans laquelle avaient été délayées des matières fécales.

L'attaque des substances contenues dans les ballons fut très énergique au début ; mais dès le troisième jour, souvent même dès le second, il se produisait un arrêt persistant.

Devons-nous conclure de là que les micro-organismes de la bouche et des matières fécales n'ont, mélangés, aucune action sur les aliments ? Évidemment non, les transformations qu'ils subissent sous l'influence de ces micro-organismes se sont arrêtées dans nos ballons, parce que leurs parois de verre sont incapables d'absorber au fur et à mesure de leur production, comme l'intestin le fait, les produits qu'ils engendrent.

De l'ensemble de ces recherches, M. Vignal conclut qu'elles justifient l'opinion de M. Pasteur, qui attribue une grande importance au rôle des micro-organismes dans le travail de la digestion, et démontrent, d'autre part, que les phénomènes de la digestion en général, et en particulier

FEUILLETON

L'Hôpital maritime de Giens.

Tout le monde connaît au moins de réputation le magnifique hôpital de Berck-sur-Mer, que l'on sait dépendre de l'Assistance publique de Paris. Mais cet établissement n'est pas sorti d'un seul coup, si l'on peut s'exprimer ainsi, tel qu'il est aujourd'hui, et ce n'est que par étapes successives que l'on est arrivé à l'installation actuelle.

En 1844, l'Administration des hôpitaux de Paris envoyait quelques enfants seulement sur la plage de Dieppe, puis deux ans après fit un essai analogue à Saint-Malo. Ces deux tentatives furent couronnées d'un plein succès et cependant ne furent pas renouvelées. Ce ne fut qu'en 1857, grâce à l'activité et à l'énergie du docteur Perrochaud, que l'on fit l'envoi de quelques enfants à Berck ; les résultats furent si satisfaisants qu'en 1861 l'Administration y faisait construire un hôpital en bois à deux pavillons et à deux étages, capable de recevoir 10 lits. Enfin, huit ans plus tard, on inaugurait, le 18 juillet 1869, le magnifique hôpital actuel où l'on peut loger 600 enfants.

A Lyon, nous n'en sommes encore qu'aux premières phases d'une création semblable.

Déjà, en 1877, l'Administration des hôpitaux de Lyon, frappée des résultats obtenus à Berck et surtout dans les hôpitaux maritimes italiens, avait envoyé un certain nombre d'enfants scrofuleux à Berck, à la maison de Saint-Louis tenue par les frères de Saint-Jean-de-Dieu, à Marseille. Malheureusement cette maison était assez éloignée de la mer, et dans les environs on ne trouvait pas de plage permettant aux enfants d'y séjourner une partie de la journée ; malgré ces inconvénients, on constatait que sur 120 enfants 31 étaient revenus améliorés, et 66 tout à fait guéris.

Le problème était là, comme à Berck, résolu au point de vue de l'efficacité du traitement. Mais, comme la maison de Saint-Louis changeait de propriétaire et ne pouvait plus recevoir de malades, l'Administration des hôpitaux de Lyon s'est préoccupée de chercher un point du littoral propice à la création d'un hôpital maritime permanent.

le rôle qu'y jouent les micro-organismes, sont plus complexes qu'ils ne le paraissent au premier abord.

Une autre conséquence des recherches microbiologiques récentes a été la découverte, *dans certaines eaux minérales*, de microbes nombreux, dont la présence paraît tenir sous sa dépendance l'utile action de ces eaux.

On trouve ces microbes au griffon ; mais à la suite de l'embouteillage et du transport ils périssent, et peut-être est-ce la cause de l'inefficacité de ces eaux transportées. Une communication de ce genre a été faite au dernier congrès hydrologique. Pour ne citer qu'un exemple, il existe dans une des sources réputées les plus actives pour la guérison des dyspepsies des microbes qui digèrent l'albumine.

Désormais donc nos confrères des stations thermales auront à se préoccuper non seulement de la composition chimique de leurs eaux, mais aussi de l'existence des micro-organismes et des propriétés de ceux-ci.

Traitement de la diphthérie par le chloral.

Nous nous faisons un devoir de signaler tous les traitements de la diphthérie qu'on nous communique. Celui-ci n'est pas une nouveauté. Dans une revue faite dans ce journal, il y a six ans, nous citions le chloral comme ayant été employé par Barduzzi et Rokitansky. Notre confrère *M. Adolphe Mercier* (de Besançon) a donc eu plus de précurseurs qu'il ne le croit. Pourquoi réussit-il toujours (95 fois sur 100) avec un moyen qui était infidèle entre les mains de ses premiers inventeurs ? C'est ce que nous ne nous chargeons pas d'expliquer.

Quoi qu'il en soit, M. A. Mercier, — dans une brochure intitulée : Angine couenneuse (croup), sa guérison en 48 heures par le chloral, — nous dit qu'il fait prendre au malade par cuillerées toutes les demi-heures 2, 3, 5 grammes de chloral suivant l'âge des sujets, en se servant du sirop de chloral du Codex (à 1/20). Lorsqu'il y a un état saburral bien marqué, il commence par administrer un ipéca non stibié. Pour que la gorge reste imprégnée de chloral, on donne au malade ses boissons ordinaires avant le sirop ; ce qui a encore l'avantage de prévenir les douleurs d'estomac.

Simultanément M. Mercier fait pratiquer des onctions d'onguent napolitain belladoné sur l'engorgement ganglionnaire.

M. Mercier ajoute : « Je laisse le malade libre de manger et de boire tout ce qui peut lui être agréable : vin, lait, limonade, aliments solides, pourvu qu'il prenne son sirop de chloral. J'y ajoute du sirop de quinquina.

Pendant quarante-huit heures, une personne sûre doit être constamment près du malade pour donner les remèdes ou en surveiller l'emploi.

Au bout de 24 heures, il n'y a jamais le moindre changement dans l'état du malade ; c'est le statu quo *absolu.*

Au bout de 48 heures, les fausses membranes ont complètement disparu.

Au moment où les fausses membranes commencent à se détacher, c'est-à-dire de la 40e à la 48e heure du traitement, l'administration du chloral commence à être pénible ; il y a sensation de cuisson dans la gorge au moment où le malade prend le sirop.

Chez les personnes à peau très blanche, à cheveux très blonds, les fausses membranes peuvent ne disparaître que le troisième jour.

Si, après la disparition des fausses membranes, il reste de la rougeur ou de la tuméfaction des amygdales, cas rares, on peut se servir d'un gargarisme astringent.

Il faut ensuite relever les forces du malade au moyen d'une bonne nourriture, de vins généreux, de quinquina.

Dès que les fausses membranes ont disparu, on cesse l'administration du chloral.

En même temps on applique, sur le devant du

Il fallait d'abord un point qui ne fût pas trop éloigné de Lyon afin de ne pas fatiguer les malades par un trop long parcours et de ne pas grever le budget de frais de transport trop élevés. En conséquence, la position topographique de Lyon devait faire préférer la Méditerranée à l'Océan.

Le choix de la Méditerranée étant fait, on devait rechercher un point du littoral qui n'exposât pas les enfants aux dangers des fièvres palustres. De plus, il fallait que le nouvel hopital ne fût pas trop éloigné d'une ville afin d'avoir comme alimentation et secours médical toutes les ressources indispensables. Enfin, il fallait être pourvu d'une quantité d'eau douce suffisante pour l'usage domestique et les besoins des malades. C'est en tenant compte de toutes ces conditions que le choix de l'Administration s'est porté après un examen approfondi sur la presqu'île de Giens, dans la rade d'Hyères.

Le village de Giens, situé à 60 mètres d'altitude, jouit d'une réputation de salubrité méritée. Il existe au-dessous de lui et à quelques centaines de mètres seulement une plage parfaitement disposée pour les bains de mer et entourée d'arbres. Une route excellente relie le village de Giens à la ville d'Hyères, distance de 11 kilomètres ; un service de voitures publiques les met en communication deux fois par jour. Le télégraphe est déjà installé entre ces deux points, et il sera facile de les relier par un service téléphonique. De plus, des salins sont situés à 4 kilomètres environ de Giens, et cette circonstance pourra faciliter dans l'avenir l'application du traitement par les eaux-mères. Enfin, la Compagnie des eaux de Paris a été chargée de fournir la quantité d'eau douce nécessaire, soit 15 mètres cubes par jour.

Malgré les avantages que présente la situation de Giens, l'Administration des hôpitaux de Lyon a cru prudent de ne pas engager l'avenir et s'est bornée, pour le moment, à faire un essai. Elle a donc loué seulement deux immeubles qui permettent d'hospitaliser 20 enfants avec le personnel attaché à l'établissement, personnel qui est emprunté aux hospices de Lyon. La location n'a été faite que pour trois ans avec la facilité de résilier tous les ans, en prévenant six mois d'avance, de telle sorte que, si l'essai ne réussissait pas, on aurait fait sans beaucoup de frais une tentative infructueuse.

Le nouvel hôpital a été inauguré, il y a environ

cou, une bonne couche de vaseline, tant pour en faciliter le nettoyage que pour panser l'éruption pustuleuse que produit souvent l'onguent napolitain.

Dans le cours de la maladie, s'il y a dyspnée et spasmes, on peut, concurremment avec le chloral, employer les badigeonnages au chlorhydrate de cocaïne, (Solution au 1/50.)

Lorsque la maladie est arrivée à sa dernière période, c'est-à-dire s'il y a diphthérie laryngienne, si la voix est complètement éteinte, lorsque, selon Arêtée, *vox nihil significat*, je considère le traitement au chloral comme plutôt nuisible qu'utile. »

Un peu plus loin, dans son travail, M. Mercier incline à admettre que le chloral pourrait bien agir plutôt comme antiseptique général que comme cathérétique et antiseptique local.

« Le délai de 48 heures, nécessaire pour la guérison, s'expliquerait par cette hypothèse : c'est qu'il faudrait précisément ce temps pour amener à saturation l'économie entière, considérée comme terrain de culture du microcoque. »

Hystérie et intoxications.

Hystérie mercurielle, saturnine, alcoolique.

Nous parlions, dans notre précédent numéro, des accidents hystériques causés par le traumatisme. *M. Letulle* a fait une communication (1) qui a quelques traits communs avec les faits d'hystéro-traumatisme ; on pourrait englober sous l'étiquette *hystéro-intoxication* les manifestations névropathiques qui surviennent dans le cours de l'intoxication mercurielle, du saturnisme, et que l'alcoolisme peut provoquer aussi.

On décrit comme accidents nerveux liés au mercurialisme le tremblement, la parésie, des troubles divers de la sensibilité, l'hémianesthésie liée ou non à l'hémiplégie, ou enfin, des paralysies localisées, monoplégies brachiales par exemple. Letulle pense qu'il faut faire à cet égard beaucoup de réserves et ne pas considérer tous ces accidents comme produits uniquement par l'action du mercure ; il est probable que, dans bien des cas, il s'agissait de manifestations purement hystériques en relation peut-être, il est vrai, avec l'intoxication hydrargyrique et développées sous son influence. Les travaux récents de Charcot, Debove, et de son élève Achard, de Borel, etc., semblent montrer la grande fréquence de l'hystérie qu'on pourrait appeler symptomatique.

Déjà Aigre avait rapporté, il y a quelques années, un cas d'hémianesthésie chez un mercurialisé, guérie par l'application de l'aimant ; Jean, sous le nom d'hémianesthésie mercurielle, a étudié deux cas d'hémianesthésie, rapportés dans la thèse d'Hallopeau, et dont l'un fut suivi de guérison par l'emploi des aimants.

M. Letulle relate les observations de quatre malades qui ont eu, les uns et les autres, à un moment donné, de l'hémiplégie et de l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle ; plusieurs ont présenté l'attaque apoplectiforme des hystériques : d'autres ont été atteints de contractures circonscrites, passagères et localisées ; l'un d'entre eux a présenté une hémichorée post-hémiplégique ; enfin, deux d'entre eux ont présenté le phénomène du transfert de la façon la plus nette ; au moyen de l'aimant, non seulement le tremblement, mais la dyschromatopsie ont passé du côté opposé du corps.

La nature hystérique de ces divers accidents n'est guère discutable ; mais on peut se demander quel rôle a pu jouer ici l'intoxication mercurielle : s'agit-il d'une sorte d'hystérie toxique, symptomatique ? est-ce quelque chose d'analogue à l'épilepsie absinthique décrite par Hüss, Magnan, Lancereaux, etc. ?

On retrouve, du reste, dans la plupart des auteurs qui se sont occupés de mercurialisme, sinon des observations absolument complètes, du moins bien des passages qui prouvent, à n'en pas douter, que

(1) Société médicale des hôpitaux (12 août).

---

un mois, par l'envoi de 20 petites filles scrofuleuses. D'après les derniers renseignements qui sont parvenus à l'Administration, les résultats obtenus dépassent les espérances, comme partout. Aussi tout fait prévoir que cette nouvelle tentative, dont on ne saurait trop louer l'Administration des hôpitaux de Lyon, ne sera qu'une étape dans la voie suivie à Berck, en Angleterre, en Allemagne et surtout en Italie. Partout, en effet, les résultats ont été tels que les lits et les hôpitaux maritimes se sont multipliés. L'histoire de l'Italie est surtout instructive et encourageante. En 1857, le docteur Barelai envoie trois enfants pauvres de Florence à Via Reggio. L'année suivante le nombre est doublé, mais il atteint 33 en 1858, 44 en 1859 et 66 en 1860, et en 1861 on y fonde un hôpital de 100 lits. A partir de ce moment on construit des hôpitaux semblables à Voltri, Livourne, Sestri, Porto d'Angio, au Lido (383 lits), etc., et aujourd'hui il existe dans la péninsule plus de 100 comités locaux qui répartissent près de 2,050 enfants scrofuleux ou rachitiques dans les 16 hôpitaux maritimes créés sur les bords de la Méditerranée et de l'Adriatique.

Cet exemple, certes, est éloquent ; les résultats obtenus le sont bien davantage encore. Partout on publie les merveilleux succès réalisés dans les hôpitaux maritimes. Dernièrement encore Love constatait qu'à Berck, sur 133 enfants atteints d'affections osseuses, 105 avaient été absolument guéris, soit 79 pour 100.

Il y a donc tout lieu d'espérer que la tentative des hôpitaux de Lyon sera couronnée d'un plein succès. Alors, on devra songer à créer un vaste établissement qui puisse hospitaliser un grand nombre d'enfants. Certes, l'Administration des hôpitaux ne reculera pas devant une œuvre aussi nécessaire. Il restera à calculer le capital que ce projet absorbera pour la construction de l'hôpital et pour le budget annuel qui devra lui être affecté. Mais on ne saurait douter que cette dernière question ne soit tranchée par la générosité de nos concitoyens, à laquelle on ne pourrait faire un trop pressant appel.

P. C.

(*Lyon médical.*)

certains accidents nerveux ont été mis à tort sur le compte de l'intoxication mercurielle, et doivent rentrer dans la classe des accidents hystériques. Küssmaul parle d'une femme atteinte de monoplégie brachiale, ayant présenté de l'aphonie, de la cécité, des hallucinations et qui n'était, sans aucun doute, qu'une vulgaire hystérique. M. Letulle a observé à Almaden, un homme qui avait un tremblement si généralisé que la marche était totalement impossible ; quand on l'eut fait accroupir, on constata que le tremblement cessait complètement et que la progression devenait possible dans cette attitude.

Un vieux trembleur, intoxiqué depuis longtemps, voyait son tremblement disparaître entièrement lorsqu'il se couchait, et ne plus persister que dans un seul index, rappelant en tous points certains tremblements de la paralysie agitante.

De même, beaucoup des troubles intellectuels observés chez les mercurialisés, aphonie, aphasie, apoplexie, hallucinations, ne doivent pas être mis sur le compte exclusif de l'intoxication mercurielle, mais bien de l'hystérie.

En résumé, l'hystérie observée chez le saturnin, chez le mercurialisé, est absolument identique ; il s'agit, pour ainsi dire, d'une hystérie symptomatique; il est probable que le plomb, le mercure, l'alcool, favorisent singulièrement l'évolution de l'hystérie chez des individus prédisposés; ce sont des intoxications hystérogènes.

M. *Rendu* cite le cas d'un malade intoxiqué par le mercure et qui présentait, sans aucun doute, et des accidents mercuriels, et des accidents hystériques ; après une attaque, il avait été atteint d'hémiplégie, de tremblement ; l'hémianesthésie était incompl ète à gauche. Il présentait en outre une monoplégie brachiale du même côté, bien évidemment hystérique, puisqu'elle disparut rapidement après quelques jours de traitement La sensibilité revint du reste progressivement par tranches, de haut en bas, dans le membre paralysé, ce qui est une preuve bien classique de la nature hystérique de ces accidents. Il présentait en outre un rétrécissement concentrique du champ visuel gauche et des points hystérogènes manifestes.

Il semble donc bien que les intoxications et les virus favorisent l'évolution de l'hystérie sur un terrain prédisposé.

M. *Féréol* parle d'un alcoolique hystérique présentant des attaques hystéro-épileptiques; il avait, outre des zones d'hyperesthésie localisée, de l'anesthésie pharyngienne très manifeste ; l'alcool semble donc aussi exaspérer la névrose hystérique.

Hystérie et goître exophthalmique.

Un homme, dont M. Debove a relaté l'observation, ayant éprouvé une vive frayeur en tombant à la mer sans savoir nager, présente depuis cet événement les accidents nerveux suivants.

Il a des troubles de la marche, surtout dans l'obscurité, une anesthésie sensitivo-sensorielle très accusée; l'ouïe, l'odorat, le goût sont également atteints. Enfin, dans les fosses iliaques, dans la région dite ovarienne, il existe une zone d'hyperesthésie très manifeste, et la pression exercée à ce niveau réveille une vive douleur ; il en est de même quand on presse la région interscapulaire au niveau de la colonne vertébrale ; ce malade, en outre, présente le phénomène bien connu dit la boule hystérique.

Cet homme est bien un hystérique ; mais, de plus, quelque temps après le début de ces accidents nerveux, sont apparus chez lui tous les symptômes d'un goître exophthalmique. C'est un goître fruste, si l'on veut, mais qui n'en est pas moins évident ; la thyroïde n'est pas tuméfiée, il est vrai, mais douloureuse à la pression ; l'exophthalmie est très manifeste, et enfin les battements du cœur sont précipités et nombreux au point que l'on compte de 120 à 140 pulsations à la minute.

Il est difficile d'admettre qu'il s'agit là de deux maladies différentes développées sous l'influence de la même cause, une très vive frayeur ; dans le cas dont il s'agit, il semble bien que le goître exophthalmique n'existe que comme symptôme de l'hystérie.

On a signalé d'assez nombreux cas où l'hystérie et le goître exophthalmique existaient simultanément, mais ils sont presque tous relatifs à des femmes. Pareille coïncidence semble beaucoup plus rare chez l'homme.

SUR LA VACCINATION CHARBONNEUSE

Lettre de M. Koch et réponse de M. Pasteur.

I

La *Semaine médicale* du 3 août a publié la lettre suivante de M. R. Koch (de Berlin):

« J'ai déclaré, il y a quelques années, que la vaccination charbonneuse preconisée par Pasteur, ne conférant qu'une immunité insuffisante contre l'infection naturelle, d'une action préservatrice de trop peu de durée, ne pouvait être considérée comme utilisable dans la pratique.

Depuis cette époque, la méthode des inoculations charbonneuses n'a reçu, ni de Pasteur ni d'aucun autre, de perfectionnement notable, et, à ma connaissance, on n'a fourni de sa valeur pratique aucune démonstration nouvelle. Je n'ai donc eu aucune raison de modifier ma manière de voir à ce sujet je n'ai, dès lors, rien publié sur cette question.

Aussi, grand a été mon étonnement lorsque, parcourant la lettre adressée par Pasteur à la Société Império-Royale des médecins de Vienne il y a quelques semaines, je lus « que les critiques déjà lointaines formulées par l'Ecole de Berlin avaient été depuis longtemps réfutées par les faits, et que cette école avait changé d'opinion. » En parlant de l'Ecole de Berlin, Pasteur me vise évidemment, car personne, autre que moi, ne s'est occupé de la vaccination charbonneuse. C'est pourquoi j'ai jugé indispensable de ne pas laisser s'accréditer une pareille erreur au sujet de mes idées sur la question, et d'affirmer énergiquement, contrairement au dire de Pasteur, que je n'ai, *en aucune façon, modifié mon opinion* sur la valeur pratique des inoculations charbonneuses.

Il me paraît cependant d'un certain intérêt de ne pas m'en tenir à cette simple déclaration, et d'ex-

poser brièvement les raisons qui me font persister dans mon opinion première.

Pasteur s'appuie, dans sa lettre, sur les résultats des vaccinations en France dans les dernières années : plus de 200,000 moutons vaccinés annuellement présentent une mortalité par le charbon inférieure à 1 0/0, tandis que, parmi les troupeaux non vaccinés, cette mortalité s'élève à 10 0/0 ; plus de 20,000 bovidés vaccinés par an fournissent une mortalité qui n'atteint pas 0.5 0/0, tandis que, sans la vaccination, la mortalité de ces animaux est d'environ 5 0/0.

Il semble bien se dégager de ces chiffres que l'inoculation charbonneuse est d'une haute efficacité. Mais qui pourrait se porter garant de l'exactitude de ces chiffres ? Comment et par qui les éléments de ce calcul ont-ils été rassemblés ? Voilà ce que se demande quiconque s'est occupé de statistique médicale et sait le cas qu'il convient d'en faire.

Nous sommes d'autant plus fondés à nous tenir sur la réserve, que ces chiffres restent, jusqu'à présent, isolés. La vaccination charbonneuse se pratique depuis 1881 et non pas seulement en France ; le vif intérêt qui s'attache à la question, les habiles *réclames faites* autour du procédé l'ont fait connaître dans toutes les régions visitées par le charbon, l'Italie, l'Autriche-Hongrie, la Russie, l'Allemagne. Si réellement les résultats étaient partout aussi favorables que ceux qu'accuse Pasteur, il y aurait lieu de s'étonner que la méthode n'y ait pas, dans ces six dernières années, pris la même extension qu'en France. Des intérêts matériels considérables sont en jeu et on ne s'explique pas pourquoi, dans un intérêt national bien entendu, on ne l'accepte pas partout avec le même empressement. En fait, on ne cite aucun pays où la vaccination charbonneuse se soit généralisée comme en France, et l'on ne trouve rien à ce sujet dans la littérature médicale et vétérinaire.

Pour savoir exactement à quoi m'en tenir, au moins en ce qui concerne l'Allemagne, j'ai prié M. Schütz, professeur à l'École vétérinaire de Berlin, de vouloir bien me communiquer tous les renseignements possibles sur les vaccinations charbonneuses pratiquées en Allemagne et leurs résultats. M. Schütz a répondu à mon désir de la façon la plus obligeante et la plus empressée, et je suis en possession de documents absolument authentiques, recueillis avec une entière indépendance, d'une haute valeur démonstrative, et dont je veux présenter la substance. Leur réunion a demandé quelques semaines, et c'est ce qui a retardé la présente communication.

1° A Gorsleben, on vaccina, en 1882, 31 bovidés ; 3 mouraient l'année suivante (10 0/0). Les vaccinations ne furent pas continuées. Il en mourut encore, dans la suite, 2 ou 3 par an, c'est-à-dire exactement autant qu'avant l'inoculation.

2° A Cannawurf, vaccination, en 1882, de 33 bovidés ; avant l'inoculation, on en perdait de 1 à 3 par an ; les pertes furent les mêmes après les vaccinations ; aussi renonça-t-on à les continuer.

3° A Kelbra, en 1886, sur 140 bovidés, on en vaccine 64 ; 76 restent non vaccinés. Chaque lot perdit une bête du charbon ; on n'a pas continué les vaccinations.

4° A Riethnowhausen, 22 bovidés sont vaccinés en 1886 ; un mois plus tard, 2 bêtes étaient mortes du charbon. On en est resté là.

5° A Klonie on vaccine tous les ans, depuis 1882, tous les bovidés et ovidés. Autant que j'en puis juger par les renseignements à ma disposition, on peut compter pour ces dernières années, avec quelques oscillations en plus ou en moins, sur une moyenne annuelle de 270 bovidés et 600 ovidés. La mortalité chez les premiers varie entre 1 et 5 0/0 (en moyenne 3.4 0/0) ; chez les seconds entre 0.8 et 9 0/0 (en moyenne 5.5 0/0). A plusieurs reprises, on a vu des animaux *révaccinés* succomber au charbon. On manque malheureusement de données précises sur la mortalité avant la vaccination.

6° Mais les renseignements les plus importants sont ceux que nous devons aux inoculations pratiquées depuis 1882 avec le plus grand soin et la plus grande patience par le vétérinaire départemental Œmler, et par ordre du ministère de l'agriculture, au domaine de Packisch. Depuis 1882, c'est-à-dire depuis cinq années, le troupeau presque tout entier, soit une moyenne de 80 bovidés et 360 ovidés, est vacciné tous les ans. Déjà l'opération de la vaccination tue 0.8 0/0 des moutons. Mais le charbon enlève encore en moyenne 4.2 0/0 des premiers et 1.5 0/0 des seconds. Là également, on compte parmi les victimes des animaux vaccinés plusieurs fois. En présence de résultats qui rendent si contestable l'efficacité du vaccin, on a réalisé, dans ces deux dernières années, l'expérience suivante : 100 moutons vaccinés et 100 moutons non vaccinés, se trouvant d'ailleurs dans des conditions identiques, ont été conduits dans des pâturages suspects. Or, deux des animaux vaccinés sont morts du charbon, puis l'année suivante, deux autres parmi les non vaccinés. L'expérience n'a donc été rien moins que victorieuse.

Nous demandons ce qu'il faut penser d'une méthode de vaccination qui a donné, après cinq ans d'essai, de pareils résultats. Et cependant les inoculations de Packisch ont été faites conformément à toutes les indications de Pasteur, et avec la lymphe fournie par son agent, M. Boutroux. Il ne s'agit pas ici de milliers de bêtes ; mais toutes les vaccinations sont exactement notées et les cas de mort scrupuleusement comptés ; nos chiffres ont une autre valeur que les gros nombres ronds de Pasteur, dont nous ignorons absolument l'origine.

Voilà tout ce que l'Allemagne peut fournir sur la question des vaccinations charbonneuses : il n'y a pas un seul résultat favorable, décisif, acquis. Et il paraît ne pas en être autrement dans les autres pays ; s'il y avait des succès, on les publierait.

Tant que d'autres observateurs autorisés n'accuseront pas des résultats aussi brillants que ceux de Pasteur ; tant que la vaccination charbonneuse ne se sera pas généralisée dans les régions infectées de l'Autriche-Hongrie, de la Russie, de l'Allemagne, de l'Italie, on ne pourra prétendre que les objections anciennement formulées par moi sont tombées devant les faits. Bien au contraire, toutes les expériences faites jusqu'à présent, tous les faits produits confirment absolument ma première manière de voir : que l'inoculation charbonneuse ne rapporte pas ce qu'elle coûte ; que, dans les conditions actuelles, elle n'a aucune utilité pratique.

R. Koch,
Professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Berlin.

II

M. Pasteur a répondu par la note ci-dessous :

Arbois (Jura), 15 août 1887.

Dans une lettre que j'ai adressée à la Société Royale-Impériale des médecins de Vienne, le

29 mai dernier, j'ai dit que « les critiques déjà lointaines de l'École de Berlin ont été depuis longtemps réfutées par les faits et que cette École a changé d'opinion ».

Le docteur R. Koch, dans un article que publie la *Semaine Médicale* du 3 août courant, s'élève contre cette assertion. Il déclare qu'il n'a en aucune façon modifié son opinion sur la valeur pratique des inoculations charbonneuses. J'avais été mal informé : je le regrette pour l'École de Berlin; mais je m'empresse de donner acte à M. Koch de sa rectification. Cependant, sommes-nous donc si éloignés d'être complètement d'accord ? Voici, en effet, ce que dit M. Koch :

« Pasteur s'appuie dans sa lettre sur les résultats des vaccinations en France dans les dernières années : Plus de 200,000 (deux cent mille) moutons vaccinés annuellement présentent une mortalité par le charbon, inférieure à 1 0/0, tandis que, parmi les troupeaux non vaccinés, cette mortalité s'élève à 10 0/0 ; plus de 20,000 (vingt mille) bovidés vaccinés par an fournissent une mortalité qui n'atteint pas 0.5 0/0, tandis que, sans la vaccination, la mortalité de ces animaux est d'environ 5 0/0. »

« Il semble bien, ajoute M. Koch, se dégager de ces chiffres que l'inoculation charbonneuse est d'une haute efficacité. »

Telle est, en effet, ma conclusion et je n'ai pas d'autres preuves pratiques de la grande efficacité de la méthode que les chiffres rappelés par M. Koch et qu'il trouve très concluants.

Pourquoi donc M. Koch se défend-il de croire à la valeur pratique des vaccinations charbonneuses ? Uniquement par un sentiment de défiance qu'il ne justifie aucunement. En effet, il termine l'alinéa que je viens de citer par ces mots :

« Qui pourrait se porter garant de l'exactitude de ces chiffres ? Comment et par qui les éléments de ce calcul ont-ils été rassemblés ? Voilà ce que se demande quiconque s'est occupé de statistique médicale et sait le cas qu'il convient d'en faire. »

Il résulte de ce qui précède que M. Koch ne demande qu'une chose pour croire à l'efficacité des vaccinations charbonneuses, c'est la garantie de l'exactitude des chiffres qu'il rappelle.

Eh bien ! qu'à cela ne tienne. Le Congrès qui va s'ouvrir à Vienne, le mois prochain, sera une excellente occasion pour nous entendre. Tous les rapports des vétérinaires seront mis à la disposition de M. Koch et des personnes qui désireraient en prendre connaissance et la méthode générale des inoculations préventives pourra être discutée.

Si ma santé ne me permet pas de me rendre au Congrès, M. Chamberland, auteur d'un des rapports imprimés, présentés au Congrès, soutiendra les conclusions de son rapport sur les vaccinations préventives.

L. Pasteur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 23 août 1887.

M. *Germain Sée* lit un travail sur *le traitement des maux de tête (céphalées, migraines, névralgies faciales), par l'antipyrine.*

I. Il y a des céphalées de divers ordres parmi celles dont se plaignent les enfants ; le surmenage scolaire n'en est pas la cause la plus fréquente. Les céphalées dites de croissance sont souvent liées à l'hypertrophie cardiaque de croissance. La véritable cause en est alors dans le développement physique inégal des diverses parties du corps et surtout des organes internes. Il y a les céphalées causées par l'anémie qu'engendre l'insuffisante aération, et l'insuffisance ou la mauvaise proportion des principes alimentaires. Il y a aussi les céphalées produites par l'astigmatisme ou l'hypermétropie. Abstraction faite de ces céphalées oculaires, le meilleur traitement à opposer à toutes les autres est l'emploi de l'antipyrine, le plus puissant modérateur de l'excitabilité du système cérébro-spinal et du cœur, le véritable remède antidouloureux.

II. La migraine qui se distingue des autres céphalalgies et névralgies de la tête par la constance des troubles oculaires et des symptômes nauséeux coexistant n'est pas un phénomène réflexe d'origine digestive, ni une affection diathésique ; c'est une maladie autonome, très souvent héréditaire, et l'antipyrine la guérit.

Sur 42 malades, la plupart âgés de 18 à 45 ans : 6 jeunes filles, dont 3 chlorotiques ; — 12 femmes mariées, dont 5 névropathiques, 1 hystérique et 2 dyspeptiques ; — 12 jeunes gens adonnés aux études, mais *non surmenés* et indemnes de toute tare diathésique ou spécifique ; — 12 hommes plus âgés, dont 1 goutteux, 1 néphrétique calculeux, 4 rhumatisants, 5 cardiaques et 2 d'une santé parfaite ; chez tous ces malades, — dont aucun, à l'exception de deux femmes, ne présentait de trouble digestif en dehors des accès, — l'antipyrine donnée dès le début de l'accès, 1 gramme au réveil et 1 gramme une heure après, a suffi pour faire disparaître complètement l'accès, c'est-à-dire, en somme, pour guérir la maladie qui ne se compose que d'accès.

Le remède est administré dans un demi-verre d'eau fraîche avant ou en même temps que le thé, le potage ou le café au lait du matin. La douleur diminue en vingt ou trente minutes.

Dans l'intervalle des accès, rien ; et cependant, chez la plupart, ils s'éloignent graduellement ; lorsque les malades sont sujets aux accès rapprochés, ils doivent continuer à prendre 1 gramme d'antipyrine par jour.

Sur les 42 cas, M. G. Sée n'a constaté que deux fois l'intolérance stomacale, d'ailleurs facile à corriger, une fois le vertige, et une fois un grand malaise suivi d'une excitation qui ne permit pas de renouveler la tentative. Chez tous les autres malades (38 sur 42), le succès fut immédiat et complet, sans le moindre trouble de la digestion, ni de la circulation, ni de l'innervation cérébrale.

Enfin, dans des *névralgies faciales* et des *tics douloureux de la face*, de la forme la plus grave, d'une durée de douze à dix-huit ans, M. G. Sée a pu obtenir, avec l'antipyrine, deux guérisons complètes et quatre améliorations, dont plusieurs équivalant à la guérison. Une seule a résisté d'une manière absolue.

Le traitement a consisté dans l'usage journalier de 5 grammes d'antipyrine et, de plus, dans les injections sous-cutanées d'une solution d'antipyrine (0,50 centigrammes d'antipyrine pour 0,75 centigrammes d'eau).

Si on veut agir plus énergiquement, on ajoute 1 centigramme de cocaïne à chaque seringue Pravaz contenant parties égales d'eau et d'antipyrine.

Sur les apparitions et les disparitions brusques des épidémies et du choléra en particulier.

M. *Tholozan* relate, en s'appuyant sur les récits

d'historiens véridiques et sur les écrits d'observateurs compétents et dignes de foi, un certain nombre de faits d'épidémies de peste, de suette et surtout de choléra survenus brusquement et non moins brusquement disparus.

C'est ainsi que dans une lettre datée de Marjevols, par Lemoine et Brailly, docteurs de la Faculté de Paris, députés par la Cour pour étudier, en 1721, les maladies pestilentielles du Gévaudan, on lit ce qui suit :

« La communication, preuve essentielle de la contagion, s'est faite avec une rapidité inconcevable ; une fille, qui avait communiqué avec une maison suspecte de peste, se trouva à vêpres le 10 août. 60 personnes, qui étaient dans la même église, furent frappées presque sur l'heure comme d'un coup de foudre et, le lendemain, la ville fut prise dans tous ses quartiers. »

Dans un autre endroit, c'est le choléra qui, d'après d'autres auteurs, emporte le tiers ou le quart de la population d'une petite ville pendant une seule nuit.

S'appuyant sur un très grand nombre d'autres faits semblables, M. Tholozan termine en disant : Est-ce la contagion comme nous la comprenons généralement qui a agi avec cette soudaineté ? Qu'est devenue la période d'incubation ? Dans l'évaluation des causes de propagation des épidémies il faut tenir grand compte des orages, des vents, de la pluie et des brusques variations atmosphériques. Ces phénomènes météorologiques agissent certainement dans un grand nombre de cas en amenant ou en faisant cesser la contamination de l'eau qui sert aux usages alimentaires.

D'autre part, dans les prisons, les épidémies de choléra prennent une activité et une intensité souvent exceptionnelles. Charcelloy, qui a décrit la catastrophe du pénitencier de la ville de Tours, en 1849, exprimait ainsi son impression : « Le choléra fait explosion au contact d'un air vicié tout comme la poudre s'enflamme au contact de l'étincelle. »

Pour l'explication de ces faits devra-t-on admettre un facteur indéterminé tenant peut-être à la variété des germes, comme je l'ai admis autrefois pour expliquer la différence de diffusion du choléra nostras et du choléra indien ? Il faut peut-être accepter cette opinion pour se rendre un compte raisonnable des variétés si grandes qui existent entre les diverses épidémies cholériques. Sur toutes ces questions, les données de la science sont très incertaines, et si l'on ne peut élever aucun raisonnement certain en faveur de cette observation, on ne doit non plus actuellement faire aucune critique destructive.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

On lit dans *le Progrès médical* :

Lettre de Berlin : Liberté de l'exercice de la médecine.

En 1869, la liberté de l'exercice de la médecine ayant été décrétée, on supprima la loi sur l'exercice illégal de la médecine, on autorisa chacun à pratiquer l'art de guérir, autant que le permettaient les lois existantes. En outre, un traitement ordonné par des personnes non diplômées par l'Etat, en cas de non succès, était punissable. Puis on abolit le § 200, dont les dispositions étaient fort sévères pour les médecins. Ce paragraphe ordonne que chaque médecin est obligé de venir porter ses secours à un malade qui vient le consulter. Il y a peu de temps, une pétition fut envoyée au Reichstag par une association médicale de Dresde, contre-signée par beaucoup d'autres associations médicales ; on y lisait que le charlatanisme a fait de fort grands progrès, et que, dans l'intérêt des médecins et de la population tout entière, il était urgent de s'opposer aux agissements des charlatans qui n'ont pour but que de s'enrichir aux dépens du public naïf.

Il y a aujourd'hui deux partis en présence, mais ils sont d'accord sur le fait de l'extension considérable du charlatanisme dans les dernières années, tout en déplorant que les autorités et les plus hautes classes de la Société aient contribué par leur appui moral et même matériel, à cette extension ; c'est sur les voies et moyens destinés à combattre cette tendance fâcheuse que les appréciations sont fort divergentes. Les uns demandent une intervention énergique de l'Etat, défendant à tous ceux qui n'ont pas le diplôme de médecin-praticien d'exercer l'art de guérir. Les autres prouvent, au contraire, que le public est libre de consulter qui bon lui semble. L'État offre au public une garantie, car il désigne certaines personnes qui ont le droit de se dire approuvées par l'Etat.

Il semblerait que la première opinion est en majorité. La Société médicale de Berlin a tenu, il y a quelques jours, une séance à laquelle elle a convié tous les présidents de toutes les Sociétés médicales Berlinoises d'arrondissement, et, à 4 voix de majorité, l'assemblée s'est prononcée en faveur de l'interdiction de l'exercice illégal de la médecine. Le professeur Mendel avait proposé la motion suivante : « Les membres de la Société médicale de Berlin et les membres des huit Sociétés d'arrondissement de la ville décident de faire la déclaration qui suit :

« Nous reconnaissons avec chagrin que le charlatanisme s'affiche de plus en plus depuis quelques années. Nous regrettons en outre vivement que le charlatanisme, par suite d'une interprétation erronée des mots : « Assistance médicale », employés au § 6 de la loi sur les caisses de secours pour les malades, ait trouvé un appui moral et matériel auprès de certaines autorités constituées et même auprès du Conseil fédéral (il est en effet arrivé qu'une caisse de secours a choisi un charlatan comme médecin). Nous ne pensons pas cependant que le rétablissement de la loi sur l'exercice illégal de la médecine, qui a été supprimée jadis à cause de son inefficacité, constitue une garantie sérieuse contre les abus.

« Nous voudrions plutôt obtenir de l'autorité que dans les lois sus-énoncées le terme « d'Assistance médicale » fût appliqué aux médecins diplômés seuls. En outre, il serait nécessaire de poursuivre les charlatans avec sévérité au moyen des lois existantes, et enfin il est indispensable d'éclairer le public sur l'absurdité des pratiques des charlatans. De cette façon, l'état actuel s'améliorerait. En dernier lieu, nous voyons avec joie certaines autorités isolées, en particulier la présidence de la police de Berlin, employer un excellent moyen de répression. (La présidence de la police de Berlin depuis quelques années, et celle de Carlsruhe depuis longtemps déjà, publient l'analyse chimique des médicaments vantés par les charlatans et ouvrent ainsi les yeux au public).

Le président des Sociétés d'arrondissement de Berlin, M. le Dr Becher, parle en sens contraire.

Mendel appuya sa proposition des arguments suivants : que jadis, quand la loi de répression existait, certains charlatans avaient beaucoup plus de succès qu'après l'abolition de la loi. Les lois ne servent à rien, l'exemple de l'Autriche le prouve, car, malgré la loi, le charlatanisme y fleurit. On dit aussi que les charlatans sont le produit de la pénurie de médecins de la campagne, mais la même pénurie existe en Autriche. Il n'y a pas de question de moralité en jeu, mais seulement une question d'intérêt. Autrefois, certains médecins couvraient de leur nom les abus des charlatans, et la morale en souffrait bien davantage encore. Les charlatans s'adressent aux plus grands personnages, non pas seulement aux basses classes. Il serait immoral de faire une loi entrant en lutte avec le sentiment populaire. Aussi longtemps que nous ne guérirons pas tous nos malades, nous ne serons pas autorisés à empêcher le charlatanisme. Le noyé s'accroche au moindre brin de paille et le malade, abandonné par son médecin diplômé, s'adresse aux charlatans.

Si on donne à nouveau, par le rétablissement de la loi répressive, un privilège aux médecins diplômés, on verra lentement et sûrement reparaître le célèbre paragraphe 200 de l'ancienne loi, forçant expressément le medecin de se déranger à chaque appel ; il en est exactement de même pour les avocats que leur privilège force à plaider beaucoup de causes sans rétribution.

Le Dr Becker a répondu : En 1869, la loi répressive fut abolie sur le conseil de la Société médicale de Berlin ; on ne consulta pas la plupart des médecins allemands. On croyait alors que le public était assez intelligent pour préférer le médecin au charlatan. Mais on s'est trompé, car le charlatanisme a augmenté en considération. Les centaines de publications de la police de Carlsruhe n'ont servi à rien du tout. Le public croit que tout ce qui est permis est bon. Le peuple ne comprend qu'en présence d'une loi énergique.

La pétition des médecins de Dresde prouve que les conditions se sont aggravées au point de devenir intolérables. 46 sociétés, comprenant 3.000 membres, ont adhéré à cette pétition adressée au Reichstag ; 32 autres sociétés, retenues par des exigences de formalités, ont donné leur adhésion sans signatures, 9 sociétés seulement ont voté contre.

Ces chiffres ont leur éloquence. Les charlatans trompent le public et vivent à ses dépens. L'Etat qui surtout édicte des lois pour garantir la vie et les biens de ses sujets, serait ici désarmé ? Tous les pays civilisés, l'Autriche, la France, l'Italie, la Russie (grande hilarité) (1), même l'Angleterre, ont des lois répressives. Le charlatan fait un traité avec le malade et le juge est impuissant. Si une fois par hasard l'homme de loi a pu saisir une pièce de cette importance, on voit de tous côtés affluer des témoignages en faveur de l'accusé. Le défenseur arrête que son client est une lumière médicale qui manque de culture scientifique, les jurés l'absolvent presque, tandis qu'un médecin diplômé, s'il lui arrive quelque accident, sera sévèrement puni. On pourra, par une loi, empêcher au moins les abus les plus criants. Le paragraphe 200 ne sera jamais rétabli. Il est mort et enterré et n'a jamais existé dans l'Allemagne du Sud, bien que des lois restrictives y eussent été jadis appliquées. On a rétabli un certificat de capacité pour les forgerons qui veulent ferrer les chevaux. Le cheval doit-il être plus protégé que l'homme ? Le charlatanisme a augmenté ; tous les journaux en font foi par le nombre des publications des autorités de police, en Prusse, Bade, Bavière, et on a une certaine considération pour les empiriques, comme le prouvent les événements de Chemnitz, Berlin et Breslau. Les hautes classes soutiennent le charlatanisme, tous les barbiers se nomment assistants de chirurgie ; les autres sont, dans le livre d'adresses, indiqués comme directeurs médicaux. Les avortements artificiels s'opèrent au vu et au su de tout le monde chez certaines sages-femmes et matrones (1). Les médecins en souffrent aussi au point de vue matériel. Telles sont les raisons qui militent en faveur d'une loi répressive.

(1) Voyez-vous ces Teutons qui refusent aux Russes le droit à la qualité de civilisés !!

(1) Voyez-vous la pudique et morale Allemagne !

D'autre part, on lit dans la *Gazette des hôpitaux* :

La profession médicale et l'exercice de l'art de guérir.

Maintenant qu'il est question de toute une nouvelle organisation relative à la médecine en France, il nous a paru bon de jeter un coup d'œil sur d'autres pays où fonctionnent des législations médicales très différentes.

I

En Allemagne, une pétition présentée par l'Association des médecins de Dresde, a été vivement discutée dans les associations des autres villes, particulièrement dans celle de Berlin. Il s'y agissait des intérêts professionnels et de l'exercice de la médecine par des gens dépourvus de toute espèce de titre.

Il faut savoir qu'à ce point de vue, la situation se trouve être actuellement en Allemagne à peu près ce qu'elle était à Rome, vers le commencement de l'époque byzantine.

Chez les Romains, la pratique de la médecine était considérée comme un genre d'industrie qui n'exigeait en soi l'obtention d'aucun grade. Et cependant, il y avait alors des professeurs officiels de médecine, payés par le gouvernement ou par les villes. Il y eut même, à partir du règne de Valentinien, toute une classe de médecins approuvés, se recrutant par une agrégation précédée sans doute d'une sorte d'examen d'état : c'est ce qu'on nommait les *archiâtres*. Mais, je le répète, le premier venu pouvait prescrire des médicaments, visiter les malades, ouvrir un cabinet de consultation, tout aussi bien que les archiâtres eux-mêmes.

Notre organisation française de la médecine, avec nos diplômes conférant privilège exclusif, ne se rattache donc pas aux origines romaines. C'est pourquoi elle n'a pu s'introduire momentanément que par imitation de la France, dans les pays où les principes romains, les lois romaines ont encore vigueur — tel est le cas pour une partie de l'Allemagne — et dans ceux qui ont puisé leur droit à d'autres sources.

La Prusse, notamment, avait bien, jusqu'à ces dernières années, un monopole, conféré en pratique, pour l'exercice de la médecine, à ceux, il est vrai, qui avaient reçu une approbation officielle à la suite d'un examen d'état, sans qu'on tînt compte des diplômes universitaires ; mais l'introduction de ce privilège, malgré les conditions hybrides de son obtention, se rattachait à l'influence des idées françaises, dans un pays dont une moitié, à savoir les provinces Rhénanes, était régie par les codes fran-

çais, et où Frédéric II avait fait créer par des Français son Académie avec toute la vie scientifique! D'ailleurs il n'est plus aujourd'hui question de ce monopole, et si les médecins berlinois se plaignent, c'est précisément du contraire.

Ils ne possèdent même plus l'équivalent de la petite somme de garanties que le vieux *Medical Act* de 1858 avait donnée en Angleterre aux médecins enregistrés (Voir sur cette question *Gazette des hôpitaux*, année 1867, pp. 248, 257, 269, etc.).

En effet, ce *Medical Act* — si critiqué dès lors à cause de son insuffisance, mais dont le fond se maintient toujours dans ses renouvellements successifs — tout en permettant aux particuliers de se faire soigner, s'ils le voulaient, par un individu dépourvu de diplôme et n'ayant jamais étudié nulle part les sciences médicales, avait restreint le cercle d'action des médecins non qualifiés. Il leur interdisait, non seulement de demander contradictoirement des honoraires, de délivrer des certificats, de comparaître en justice à titre d'experts, etc., mais d'être médecins d'un hôpital privé, d'une maison de santé, *même gratuitement*, d'une société de bienfaisance ou de secours mutuels, alors que tous les membres en auraient été unanimes pour le désirer.

Dans la loi allemande en vigueur, rien de pareil : et quand on eut contraint les associations ouvrières à contracter en quelque sorte une assurance médicale, c'est-à-dire à s'entendre avec des médecins pour que, moyennant un traitement annuel, ils fussent à la disposition de leurs malades, ces associations, afin de payer moins, s'adressèrent en partie à de purs charlatans.

Il y eut même mieux encore. De hauts fonctionnaires du gouvernement désignèrent, par exemple à Chemnitz en Saxe, les premiers venus sans études spéciales et sans examens d'aucun genre pour exercer, à titre de médecins, des fonctions officielles : et les pouvoirs publics ratifièrent cette étrange nomination. M. le docteur Becher a pu citer, à Berlin même, le nom du charlatan le plus éhonté comme figurant sur les annuaires sous le nom de *médecin directeur* ; et il ajouta que tout barbier de la ville s'intitulait *chirurgien assistant*.

Inde iræ. Parmi les médecins berlinois, à cette occasion, quelques-uns demandèrent simplement une disposition analogue à celle du *Medical Act*. D'autres, comme les pétitionnaires de Dresde, voulaient qu'on allât plus loin et qu'on réprimât le charlatanisme par une loi formelle. Ce furent ces derniers qui l'emportèrent, mais à une très faible majorité.

II

EN AMÉRIQUE, la pratique de la médecine est réglée par chaque Etat particulier de la confédération, en ce qui le concerne. C'est ainsi que, dernièrement, l'association médicale de la Floride vient de discuter et d'adopter un projet de loi, qui doit être voté par la législature de ce pays, pour organiser le corps médical et mettre fin à la liberté illimitée de la pratique de l'art de guérir par les charlatans, sans études ni titres. Pour atteindre ce but, on commence généralement, aux Etats-Unis, par établir un conseil de santé d'Etat, chargé d'immatriculer les praticiens, en leur faisant au besoin subir les examens probatoires nécessaires pour constater leur compétence. Dans la Floride, les membres de ce conseil de santé d'Etat seront nommés pour quatre ans par le gouvernement et le sénat. Ils auront une situation tout à fait officielle. Le conseil, revêtant ses actes de son sceau, sera considéré comme une personne morale pouvant posséder des propriétés. Il aura le droit de faire des règlements relatifs à l'hygiène publique et d'établir des quarantaines si les circonstances l'exigent. En dessous de lui fonctionneront des conseils de comté, qui seront principalement chargés de recueillir les statistiques des naissances, des morts, des mariages, des maladies malignes, infectieuses, épidémiques, et d'appliquer, dans le comté, les mesures d'hygiène qu'ils jugeront nécessaires. Toute cette organisation, imitée, d'ailleurs, de ce qui existe déjà dans un grand nombre d'Etats américains, ressemble singulièrement à celle que nous avons vu pratiquer en Egypte, en 1865, sauf qu'en Egypte chaque conseil de santé local était remplacé par un seul médecin officiel.

Dans la Floride, l'exercice de la médecine par un médecin non enregistré va constituer un délit passible d'une amende de 100 dollars et d'un emprisonnement de soixante jours.

III

EN ANGLETERRE, la lutte est vive entre le collège des apothicaires et le reste des médecins qualifiés.

Les médecins qualifiés sont ceux qui sont inscrits sur le *register*, parce qu'ils possèdent un titre donnant droit à cette inscription, soit comme membres d'une des corporations reconnues par la loi, soit comme diplômés d'un des corps enseignants approuvés à cet effet.

Or, en vertu du *Medical Act* en vigueur, aussi bien que de ceux qui l'avaient précédé, les membres de la corporation des *apothicaries* peuvent réclamer leur admission sur le *register* et, par conséquent, être qualifiés pour exercer la médecine.

Seulement, en maintenant aux corporations leurs vieux privilèges, on a établi un *general medical council*, chargé de s'assurer si ces corporations imposent à leurs nouveaux membres, avant de les recevoir, des examens portant sur les diverses branches des connaissances nécessaires pour la profession qu'ils embrassent. Faute de quoi, ce conseil a le droit, — sauf appel devant une juridiction suprême, — de rayer leurs noms du registre et de les disqualifier ainsi.

En ce qui touche les apothicaires, la question devient délicate, car, quoique pouvant pratiquer la chirurgie, aussi bien que les autres branches de l'art de guérir, ils ne sont pas considérés comme étant aptes à faire passer des examens de chirurgie, et on ne leur reconnaît même pas la compétence suffisante pour choisir les chirurgiens qui auraient à leur être adjoints pour les épreuves probatoires.

Il ne restait donc qu'un moyen pour les maintenir légitimement sur le registre, c'était de faire désigner officiellement, par le *general medical council*, ceux qui seraient chargés de constater les études chirurgicales des *apothicaries*.

Ils l'ont demandé et l'obtiendront sans doute; mais, à cette occasion, il s'est produit entre eux, dans le sein du conseil et dans la presse médicale anglaise, toute une levée de boucliers.

Leurs adversaires ont invoqué l'exemple de la France ; ils se sont étonnés qu'on permît la réunion, dans un même homme, de la profession libérale par excellence, celle du médecin, et de la situation commerciale d'un marchand, — non seulement de médicaments, mais d'objets de toilette, tels que cette eau de Cologne, dont un des membres du conseil apportait des échantillons achetés par lui, personnellement, chez des confrères *apothicaries*.

On voit combien, depuis vingt ans, l'état des esprits s'est modifié, en Angleterre, dans le sens des idées françaises. Il y a vingt ans, la masse des médecins anglais étaient ces *apothicaries* qu'on ne voudrait plus aujourd'hui garder dans le corps médical, et il ne s'agissait d'exclure que les charlatans proprement dits.

V

Au CANADA, ancienne colonie française, on s'est écarté des traditions de la mère patrie en ce que médecins et chirurgiens forment une seule corporation, un seul *college*. Mais ce collège a conservé les privilèges des corporations universitaires dont la Faculté de médecine de Paris était jadis un des types les plus parfaits. Cette corporation, dirigée par un doyen, — qui souvent faisait graver sa propre effigie sur les jetons échangeables à la caisse sociale contre monnaie courante, — et par un conseil de professeurs élus, avait directement le droit de poursuivre ceux qui faisaient acte de médecin, en dehors d'elle. Il en est de même au Canada, où le collège des médecins et chirurgiens, représenté par ses gouverneurs élus, vient d'obtenir un jugement contre un charlatan exerçant à Sainte-Julie de Sommersét et a fait payer, transactionellement, par un autre, l'amende légale, ainsi que les frais encourus.

(*A suivre.*) Dr V. REVILLOUT.

VARIÉTÉS

A propos de la nouvelle loi sur les aliénés.

Dans un récent article, nous examinions quels étaient les défauts et les améliorations de la loi nouvelle qui va être bientôt votée en dernier ressort à la Chambre ; nous engagions nos lecteurs à nous transmettre leurs observations sur ce projet de loi auquel la chaleureuse communication du Dr Ball à l'Académie vient de donner un regain d'actualité.

Nous avons reçu de notre excellent confrère, le Dr Boucher (de Voiron), ex-interne d'asiles publics, une intéressante lettre dans laquelle il apprécie plusieurs points de la loi nouvelle ; nous sommes heureux d'être d'accord avec lui dans la plupart des opinions qu'il émet et que nous reproduisons :

—« L'art. 19, dit-il, n'est pas un progrès pour deux raisons.

1° Vu leur incompétence, les tribunaux ne seront que des chambres d'enregistrement.

2° Garanties moindres données aux citoyens ; en effet, de par la loi de 1838, en cas de séquestration arbitraire, je sais à qui m'en prendre ; j'attaque le Préfet, fonctionnaire essentiellement amovible. On a même vu, sous l'Empire, certain ministre quelque peu tarabusté par l'aliéné Sandon.

Contre les tribunaux, point de recours, la raideur de la justice substituée à la souplesse administrative, la séquestration sans phrases. La nouvelle loi est donc moins libérale que l'ancienne, et c'est la liberté individuelle qui se trouve volée; juste le contraire de ce que recherchait le législateur

3° L'art. 49 est certainement dû à la collaboration du mastroquet du coin. Il permettra d'interner sans nouvelles formalités la catégorie si nombreuse des alcooliques, qui ne sortent des asiles que pour y rentrer au bout de quelques semaines.

4° Il en sera des art. 7 et 8 comme de la loi Roussel qui est violée tous les jours.

5° Quant à l'art. 36, il est hors de doute que des condamnés qui deviennent aliénés postérieurement à leur condamnation doivent être dirigés sur la maison centrale de Gaillon (Eure), où l'on a bâti pour eux un magnifique quartier.

Le terme d'aliénés criminels est un non sens. L'aliéné étant irresponsable ne peut pas être criminel.

6° Pour en venir au comité supérieur, à la création de l'inspection générale, à la nomination des médecins, je partage sur ce point l'opinion de M. le docteur Deny.

Il est exorbitant de permettre au comité supérieur de prendre les médecins en chef en dehors du cadre des médecins adjoints nommés au concours ; mais........ la chanson de Béranger est toujours pleine d'actualité :

« J'ai placé deux de mes frères ;
« Mes trois fils ont de l'emploi. »

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr BOUCHER,
ex-Interne d'Asiles publics

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat médical d'Etampes.

Séance du 17 avril 1887.

A cette séance étaient présents: MM. Pasturaud, Bazin, Garcia, Jamain, Pauvert, Wojlansky, Mermillod, Merle, Waelkens, Carassus, Grognot, Vivier.

Lecture est donnée du procès-verbal de la précédente séance. Le procès-verbal est adopté.

M. Pasturaud nous rend compte de la réunion de l'Union des Syndicats de Seine-et-Oise tenue à Paris, le 13 février 1887.

Dans cette réunion ont été jetées les bases d'une union entre les syndicats du département. On a pensé avec juste raison, que cette réunion permettrait de discuter plus efficacement les questions professionnelles, de donner plus de poids et d'autorité aux décisions prises et d'obtenir plus facilement de l'administration la réalisation des réformes que le corps médical demande en vain depuis si longtemps.

La réunion a élu pour président, M. le Dr Leroy, de Villiers-le-Bel, et pour secrétaire, M. le Dr Rousseau, de Monsault.

Après diverses réglementations d'ordre intérieur, ayant trait au fonctionnement de l'Union des syndicats, la réunion aborde la question du service médical gratuit.

Le principe de l'abonnement par tête, en tenant compte de la distance kilométrique parcourue, est adopté, ainsi que celui du concours du médecin pour dresser la liste des indigents, dans les communes qui réclameront ses soins.

Passant à l'inspection des nourrissons, l'union demande la suppression du carnet multicolore des visites, et l'adoption du tarif de Seine-et-Marne pour le paiement des visites d'inspection.

Les membres du syndicat d'Etampes avaient émis l'idée de l'hospitalisation des malades indigents, et

adressé un vœu dans ce sens au conseil général. Ils renoncent à poursuivre leur demande dans cette voie et se rangent à l'avis de leurs confrères des autres arrondissements, en acceptant les résolutions prises dans la réunion du 13 février 1887.

Les vœux, relatifs au service de l'inspection des nourrissons, émis par l'union des syndicats, n'étant que la reproduction de ceux précédemment émis par le syndicat d'Etampes, celui-ci est heureux de voir son opinion confirmée par l'avis de ses confrères.

L'ordre du jour épuisé, la parole est donnée au Dr Merle, pour un fait personnel.

M. Merle se plaint des procédés de M. le Dr P... et porte contre lui plusieurs chefs d'accusation d'indélicatesse grave.

Laissant de côté tout ce qui n'est pas absolument prouvé, le syndicat ne retient de toutes ces accusations qu'une lettre écrite par M. P.... à M. Devilliers, chef de la Cie de Paris-Lyon, contre M. Merle, médecin de la dite Cie à la Ferté. Cette lettre, dont il est donné lecture, est une dénonciation contre M. Merle, sur un fait concernant son service de médecin de la Cie.

Elle est sévèrement jugée par tous les confrères présents. *M. P. n'essaie pas* de nier cette lettre, mais de la justifier. Le syndicat, estimant les excuses non valables et les justifications de nulle valeur, pose pour M. P.... la question de *l'exclusion* du sein des syndicats. Sur la motion de M. Mermillod, il est décidé de surseoir à cette exclusion et de demander avis à l'*Union des Syndicats* de Seine-et-Oise, dans la réunion prochaine du 29 mai.

La séance est levée à 6 heures.

Le secrétaire,
Dr Vivier.

Séance extraordinaire du 10 *juillet* 1887.

La séance est ouverte à 3 h.

Etaient présents : MM. Pasturaud, Razin, Carassus, Gamain, Grognot, Wojlanski, Waelkens, Maillfer, Garcia, Mermillod, Vivier.

L'ordre du jour appelait d'abord le différent pendant entre MM. Merle et P....

Prévenu, M. P.... avait envoyé sa cotisation à M. le secrétaire et sa démission à M. le Président. Les membres du Syndicat ont estimé qu'en l'état, M. P...., n'avait pas le droit de donner sa démission et refusé de l'accepter. Notification de ce refus lui sera faite en lui renvoyant sa cotisation.

Sur la question de l'exclusion de M. P.... lecture a été donnée des lettres du Président et du secrétaire de l'Union des Syndicats de Seine-et-Oise, confirmant l'avis émis par la Réunion des Délégués des Syndicats médicaux du Département, qui, après avoir pris connaissance de la lettre du Dr P.... ont estimé à l'unanimité que M. P.... devait être exclu.

Après la lecture de ces lettres, le vote a eu lieu au scrutin secret, et à *l'unanimité*, l'exclusion de M. P...., du sein du Syndicat médical de l'arrondissement d'Etampes a été votée par les onze membres présents.

Notification du présent vote sera faite à M. P.... et copie du procès-verbal envoyée au bureau de l'Union des Syndicats de France.

Suivent les signatures des membres présents.

Après ce vote, on a entendu le compte rendu de la Réunion de la commission chargée par M. le Préfet de s'occuper de l'Organisation du service médical des Indigents.

M. Pasturaud, élu par ses confrères pour représenter leurs intérêts au sein de cette commission, nous a fait part des tiraillements, qui se sont produits et des difficultés de la parturition d'un projet de réorganisation par la dite commission. Il rend d'ailleurs, et nous nous associons à lui pour rendre pleine et haute justice au bon vouloir de M. le Préfet et des conseillers généraux faisant partie de la commission. M. Pasturaud nous communique une circulaire qu'il vient de recevoir de M le Préfet, dans laquelle sont jetées les grandes lignes d'un projet de réorganisation du service médical des Indigents.

D'après ce projet,

1° L'abonnement à raison de 3 francs par tête d'indigent, plus une indemnité de déplacement, serait adopté ;

2° Le Département viendrait en aide aux communes et prendrait la plus grosse part des frais.

3° Le médecin ferait partie de la commission chargée de dresser la liste des Indigents.

4° L'Indigent serait libre de choisir son médecin, et devrait le désigner à la Mairie avant le 1er janvier.

Le Syndicat attendra l'accueil fait à ce projet pour adopter une ligne de conduite.

Il est ensuite donné lecture d'une pétition adressée à M. le Dr Leroy, président de l'Union des Syndicat médicaux de Seine-et-Oise. Après y avoir apporté quelques modifications, M. le Président du Syndicat d'Etampes y a apposé sa signature.

La pétition renferme, en substance, ce que nous n'avons cessé de demander soit dans une démarche personnelle auprès de M. le Préfet, soit dans nos réunions bisannuelles, soit dans les réunions de l'Union des Syndicats de Seine-et-Oise, le 13 février et le 29 mai 1887.

1° Suppression, ou, du moins, simplification du carnet.

2° Remaniement des circonscriptions.

3° Choix du Médecin Inspecteur laissé à la nourrice ou aux parents.

4° Application du tarif de Seine-et-Marne et paiement plus régulier des honoraires.

Sur les réclamations réitérées des confrères dont la clientèle confine à celle du Dr Courtade, d'Outarville (Loiret), lequel pratique vis-à-vis de plusieurs familles le système d'abonnement absolument proscrit en principe par les syndicats médicaux, le syndicat d'Etampes décide qu'il sera écrit au Président du syndicat de Pithiviers, pour qu'il prie le Dr Courtade de faire cesser à l'avenir ses abonnements, aussi contraires aux intérêts de ses voisins qu'à la dignité médicale.

Le Secrétaire,
Dr Vivier.

Bureaux des syndicats médicaux en 1887.

(Suite.)

Syndicat médical d'Etampes.

Président,	M. le Dr Pasturaud, d'Etampes.
Vice président,	M. le Dr Razin, d'Etampes.
Secrétaire,	M. le Dr Vivier, de Chalo-St-Mard.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St André 3

Neuvième année **N° 36** 3 Septembre 1887

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

Transmission de la tuberculose par les mouches.

MM. Spillmann et Haushalter ont communiqué à l'Académie des Sciences une note d'où il résulte que les mouches communes jouent probablement un certain rôle comme agents de transport des bacilles tuberculeux. Ces observateurs avaient été frappés du grand nombre de mouches qui vont tremper leurs pattes dans les crachoirs des phthisiques des salles d'hôpitaux. Ayant pris quelques-unes d'entre elles, ils les placèrent sous une cloche de verre ; quand elles furent mortes, ils examinèrent les excréments qu'elles avaient laissés sous formes de traînées noirâtres sur les parois de la cloche et y constatèrent sans peine de nombreux bacilles ; ils en ont vu aussi dans l'intestin. Or, on sait que les mouches vont mourir sur les murs, les tentures, les tapis, d'où, après la dessiccation de leurs corps, les bacilles tuberculeux, redevenus libres dans la poussière, peuvent aller infecter les habitants de la chambre.

Il est donc indiqué de faire entrer les mouches en ligne de compte parmi les auteurs du contage tuberculeux. On doit les empêcher d'aller dans les crachoirs des phthisiques, en recouvrant ceux-ci d'un couvercle, et écarter soigneusement les mouches des aliments et boissons.

La fièvre typhoïde en Algérie.

Avant l'expédition de Tunisie, il paraît que la fièvre typhoïde était presque inconnue en Algérie. Or, à cette époque, un régiment parti de France avec la fièvre typhoïde pour faire la campagne fut l'agent d'importation d'abord parmi les autres régiments de l'armée et ensuite parmi la population algérienne. Aujourd'hui, M. le médecin-inspecteur Widal constate que de nombreux foyers se sont formés sur le territoire de notre colonie, et tous les médecins d'Alger ont à se préoccuper des questions d'hygiène et de prophylaxie qui découlent de cette invasion. Un pareil fait est de ceux qui, s'il en était besoin encore, montreraient la façon dont se transmet la fièvre typhoïde. Rien n'a été changé dans les conditions climatologiques, géologiques et hydrographiques de l'Algérie ; rien dans la manière de vivre, ni dans le tempérament de ses habitants ; seul le germe qui n'existait pas a été apporté et il y a fructifié malheureusement.

L'irrigation d'eau très chaude contre les épistaxis graves.

Notre confrère le Dr Alvin, médecin consultant au Mont-Dore, a publié dans la *Loire médicale* une observation d'épistaxis persistant depuis plus de quarante-huit heures, malgré l'emploi des moyens de traitement habituels : pédiluves, glace, perchlorure de fer, seigle ergoté, tamponnement antérieur et postérieur des fosses nasales. Le sang filtrait à travers les tampons et se faisait passage par le point lacrymal.

Le Dr Alvin pratiqua une abondante irrigation d'eau à la température de 65 à 70 degrés centigrades; au bout de deux à trois minutes, l'eau de retour n'était plus teintée de sang. L'irrigation avait été peu ou pas douloureuse, malgré la haute température de l'eau que la main ne pouvait tolérer. Il fallut une ou deux fois seulement dans la soirée renouveler l'irrigation.

Un spécialiste distingué pour les maladies du nez, le Dr Ruault, avec lequel nous nous entretenions des causes et du traitement des épistaxis, nous disait que trop souvent les médecins, faute d'habitude et aussi faute d'un éclairage convenable, méconnaissaient la véritable cause des épistaxis rebelles.

Dans beaucoup de cas un examen suffisamment attentif permet de voir une petite veinule variqueuse, point de départ de l'écoulement sanguin, qu'un seul attouchement au galvano-cautère suffit à arrêter net.

Parmi les topiques qu'on peut employer, il en est un dont la propriété hémostatique a été signalée, pour la première fois, si nos souvenirs sont exacts, par M. Hénocque ; c'est l'antipyrine. Maintenant que ce médicament est entré plus couramment dans la pratique non seulement comme antithermique, mais comme sédatif des douleurs de tête, il est aisé d'en faire une solution un peu concentrée pour imbiber le tampon d'ouate qu'on mettra dans la fosse nasale saignante ; cela vaudrait toujours mieux que le perchlorure de fer, trop souvent usité en pareil cas, et qui par la magma noirâtre qu'il produit avec le sang coagulé rend l'exploration ultérieure des fosses nasales si malaisée.

Les médecins qui ont fui devant le choléra.

On lisait dans la *Riforma* du 14 août à propos du choléra de Sicile :

« Le syndic et vingt-cinq conseillers communaux de Biancavilla ont pris la fuite devant le choléra.

Nous savons que le gouvernement est décidé à prendre des mesures sévères à leur égard.

En attendant, le préfet de Catane a envoyé sur les lieux le délégué de la sûreté publique Morandini, en le chargeant du service sanitaire comme commissaire de la préfecture. »

La *Gazette officielle* du 13 au soir publiait les noms des médecins et des pharmaciens des provinces de Catane et de Syracuse qui ont déserté leur poste par peur du choléra et qui ont été dénoncés à l'autorité judiciaire.

Ils sont en tout au nombre de *cinquante* ! et appartiennent aux communes de Catane, Aderno, Paterno, Biancavilla, Maletto et Francofonte. »

Le *Bulletin médical* confirmait ces jours derniers le récit de la panique qui s'était emparée d'une partie du corps médical sicilien ; les exemples de désertion ont été heureusement moins fréquents qu'on ne l'a dit. Quant aux médecins de l'Italie continentale, ils ont éprouvé, dit le *Bulletin*, en apprenant ces lâches désertions l'impression pénible que nous avons éprouvée nous-mêmes.

Nous sommes heureux de penser que jamais, à notre connaissance, il n'y a eu dans notre pays un seul exemple de désertion médicale pendant une quelconque des violentes épidémies qui sont venues nous visiter.

Un cas de pédérastie du chien sur l'homme.

On a discuté dans certains traités de médecine légale la question de savoir si l'homme ou la femme pouvaient avoir commerce charnel avec certains animaux, du moins en jouant le rôle passif. M. Brouardel vient de citer à la Société de médecine légale une observation qui prouve que la chose est possible :

« Un médecin fut appelé pour donner ses soins à un jeune domestique de dix-huit ans, présentant une plaie de 2 à 3 centimètres, intéressant l'anus et la marge de l'anus, et qu'il crut d'abord avoir été causée par la chute de son malade soit sur un échalas, soit sur un des morceaux de bois du bûcher conduisant à la chambre du domestique. Mais le malade finit par avouer que, depuis un certain temps, il se faisait *servir* par un épagneul vigoureux et salace. Or, un jour, appelé par ses maîtres, ne pouvant se dégager et craignant d'être découvert, affolé, il saisit le pénis du chien, et le retira violemment, d'où la déchirure anale.

Ce fait est intéressant, au point de vue de la question de la possibilité de la pédérastie du chien sur l'homme, qui fut niée dans un rapport que je fis, il y a deux ans, avec MM. Lunier et Bouley. Je dois dire que toute la partie *canine* de ce rapport est de M. Bouley et je m'étais borné pour mon compte à affirmer, en raison de troubles ataxiques incontestables et des difficultés qu'éprouvait l'accusé à se relever, une fois accroupi, la possibilité d'admettre l'explication qu'il donnait et d'après laquelle il aurait été dans l'impossibilité d'éviter des approches qu'il n'avait pas recherchées. Cet homme fut, du reste, condamné malgré le rapport et malgré l'avis de la Société de Médecine Légale. »

Galacti-densimètre.

M. le Dr Rousse, de Fontenay (Vendée), est l'inventeur d'un galacti-densimètre construit sur le principe du densimètre Rousseau, qui permet de prendre la densité de petites quantités de liquide à l'aide d'une espèce de cupule dont l'on coiffe le flotteur.

Pour se servir du galacti-densimètre, on prend une éprouvette de la contenance d'un litre environ, on la remplit à peu près complètement d'eau distillée ; on met ensuite dans l'éprouvette l'instrument que l'on coiffe de la cupule contenant 5 c. c. de lait que l'on veut peser ; avec la main on fait plonger l'instrument jusqu'au nombre 50 et on l'abandonne à lui-même. La température de l'eau étant prise, on lit le chiffre qu'indique l'instrument au repos, et on a la densité du lait. Un tableau de rectification permet d'avoir la densité à 15°.

Les meilleurs laits sont, à ce qu'il paraît, ceux dont le poids spécifique oscille entre 1030 et 1036.

Cet appareil semble être d'un emploi commode et rendra sans doute des services.

MÉDECINE PRATIQUE

Typhlite et pérityphlite.

Typhlite rhumatismale. — Pérityphlite primitive. — Typhlite des dilatés.

I

L'inflammation du cœcum et de son atmosphère celluleuse est bien fréquente. Elle n'a pourtant été étudiée avec précision qu'à une époque rapprochée de nous, et il règne encore une certaine obscurité autour de son étiologie, de sa pathogénie et de sa thérapeutique.

Malgré les travaux de Dance et Husson (1827), Ménière (1828), Merling (1836), Albers (de Bonn) (1839), Burne (1838), Meding (1842), — M. de Bourgade de la Dardye pouvait écrire dans sa thèse inaugurale (1884) que la typhlite n'avait été que depuis un petit nombre d'années l'objet de travaux importants. Cet auteur insistait sur le problème étiologique qui lui semblait avec raison encore mal élucidé. « En dehors de l'action des corps étrangers, de l'inflammation amenée par l'accumulation des matières fécales et de l'ulcération consécutive à certaines maladies (fièvre typhoïde, tuberculose, etc.), on est peu fixé, disait-il, sur la nature des causes de la typhlite. »

Pour lui, il s'est efforcé de mettre en lumière l'origine diathésique de certaines typhlites et en particulier le rôle que peut jouer le rhumatisme dans sa production.

En 1883, M. Bucquoy affirmait, dans un article de *l'Union médicale*, l'influence du froid sur la production de la typhlite primitive ; mais il n'identifiait pas l'action du froid à celle du rhumatisme. Son élève, L. Dautel, la même année, décrivait la pérityphlite primitive, pour laquelle il invoquait à peu près les mêmes causes que son maître avait admises pour la typhlite, le froid et les efforts, en laissant de côté la constipation et les troubles intestinaux.

D'autre part, M. Bouchard, dans sa communication à la Société des hôpitaux en 1884, signalait la fréquence des entérites glaireuse et membraneuse du gros intestin chez les sujets atteints de dilatation de l'estomac, et, pendant que j'avais l'honneur d'être son interne, préparant une thèse inaugurale sur cet état morbide encore si peu connu, je recueillais plusieurs observations de typhlites survenues chez des sujets atteints de dilatation gastrique, et pour la genèse desquelles les causes habituelles (constipation, corps étrangers, refroidissement) ne pouvaient être invoquées. J'écrivais donc dans ma thèse :

« Depuis que mon attention a été attirée sur la dilatation de l'estomac, je l'ai toujours constatée chez les malades atteints de typhlite ; je suis même tenté de croire que c'est à elle qu'il convient d'attribuer pas mal de typhlites dites rhumatismales, parce qu'elles surviennent chez des arthritiques plus ou moins légitimes, c'est-à-dire chez des sujets traînant après eux dans leurs commémoratifs cette cohorte de misères petites ou grandes, qui affectent un air de famille avec les stigmates de l'arthritisme, mais ne sont, comme l'a dit M. Bouchard, que la menue monnaie de l'arthritisme. » J'écrivais cela, il y a deux ans, sous une forme encore dubitative, je serais beaucoup plus affirmatif aujourd'hui ; car j'ai devers moi plusieurs observations nouvelles.

Rappelons sommairement les opinions les plus répandues sur la pathogénie de la typhlite, celle que nous défendons relativement à l'existence d'une forme particulière que nous appellerons typhlite des dilatés, et enfin les conséquences thérapeutiques qui toujours nous préoccupent particulièrement. Je laisse de côté les formes de typhlite qui aboutissent à la suppuration, et je ne décrirai pas les symptômes si connus de la typhlite commune. Je ne parlerai que des nuances cliniques qui peuvent caractériser les formes les moins connues : la typhlite ou péri-typhlite rhumatismale *a frigore* et celle que j'ai observée chez les dyspeptiques à estomac dilaté.

II

M. Damaschino, résumant, dans son traité sur les maladies des voies digestives, les causes de la typhlite, cite les corps étrangers au dehors et au dedans, les entérolithes, la constipation, la fièvre typhoïde, la dysenterie, la tuberculose. Il ajoute : « Le rhumatisme en tant que diathèse ne doit pas être rangé parmi les causes générales de la typhlite, il en est tout autrement du refroidissement ; à ce point de vue on ne peut refuser au froid une action positive, surtout pour ce qui concerne la pérityphlite. » L'influence du refroidissement est indéniable, M. Bucquoy l'a mise en évidence ; j'en connais des exemples, notamment celui d'un jeune médecin qui a eu plusieurs atteintes de typhlo-pérityphlite dans les conditions suivantes ; s'il se trouvait à l'avant d'un bateau marchant contre le vent, si son abdomen n'était pas protégé par plusieurs épaisseurs de vêtements chauds, il était certain, au bout de peu d'heures, de ressentir des douleurs dans la région du cœcum, un empâtement se constituait, et il était alité pour quelque temps.

Pour ce qui a trait à l'influence du rhumatisme en tant que diathèse, Meding l'avait indiquée et avait créé l'expression de typhlite rhumatismale. Niemeyer y croyait.

C'est surtout M. de Bourgade de la Dardye qui s'en est fait le défenseur tout récemment avec un talent réel. Il conclut à la fin de sa thèse que le principe rhumatismal peut se localiser spécialement sur le cœcum. La typhlite rhumatismale est précédée le plus souvent ou suivie de manifestations de rhumatisme sur les articulations ou sur d'autres organes (cœur, séreuses, splanchniques, masses musculaires). Elle peut survenir d'emblée, sans autres manifestations rhumatismales actuelles ; mais elle se produit dans ce cas presque exclusivement sur des gens déjà constitués rhumatisants. Elle a des caractères propres qui permettent de la distinguer des autres inflammations du cœcum.

« Son début est vif comme celui d'une maladie aiguë

et s'annonce par une ascension rapide de la température. Dans le cas de typhlite commune, l'affection se forme généralement avec plus de lenteur, en quelque sorte graduellement, surtout lorsqu'elle est le résultat d'une accumulation de matières stercorales provoquée, par exemple, par le repos forcé du sujet. Disons avec M. le professeur Jaccoud que: « dans la plupart des cas, la maladie est apyrétique. « La fièvre n'appartient guère qu'à la typhlite par « corps étrangers ». La marche de la maladie se terminant, en général, dans cette dernière occurrence, par la suppuration, diffère essentiellement de celle qui suit une inflammation rhumatismale.

Les frissons, les vomissements, le faciès et la douleur abdominale violente complètent le tableau des phénomènes de début.

Quand l'affection rhumatismale, au lieu de débuter par des manifestations articulaires ou autres, envahit d'emblée le cœcum, le diagnostic est plus difficile. Nous croyons cependant qu'il est possible.

II

Les antécédents du malade peuvent quelquefois mettre sur la voie; mais le mode de début, les caractères propres à la tumeur, l'absence des symptômes de voisinage et la terminaison fournissent autant d'indications précieuses.

Le début est toujours aussi rapide que dans les circonstances précédentes.

Aussitôt que la localisation de la douleur dans le flanc droit a attiré l'attention et que l'exploration est devenue possible, on peut reconnaître à la tumeur les caractères distinctifs suivants :

1° Elle est superficielle sous les parois de l'abdomen, qu'elle soulève au bout de fort peu de temps et très appréciable à la vue à mesure que le tympanisme du ventre diminue :

2° Cylindrique, jamais ronde, allongée obliquement de bas en haut et de dedans en dehors, affectant absolument la forme et la situation du cœcum, et tendant plutôt à gagner légèrement les deux extrémités de l'intestin qui font suite à l'organe — caractères ne se présentant pas dans la typhlite commune qui s'accompagne la plupart du temps de pérityphlite et présente par conséquent une tuméfaction assez diffuse ;

3° Elle n'offre point d'engorgement circonvoisin ni profond comme dans les cas de phlegmon iliaque ;

4° Mobile latéralement, parce qu'elle n'est retenue par aucune adhérence voisine superficielle ou profonde ;

5° D'une dureté mollasse, rénitente, à submatité superficielle et à sonorité profonde, ce qui la distingue de la tumeur stercorale et des autres variétés de tumeur de la même région ;

6° Elle n'a jamais de retentissement douloureux vers les organes génitaux ni vers la cuisse, et n'amène pas de rétraction testiculaire, parce qu'elle se développe librement du côté de la paroi abdominale et qu'elle n'amène pas de compression profonde ;

7° Elle laisse la cuisse toujours indemne et libre dans ses mouvements, le malade pouvant l'étendre, la redresser, la fléchir sur le bassin, la soulever sans gêne ni douleur ; il peut même se lever et marcher, dans une très faible mesure, il est vrai, mais autant que peuvent le lui permettre les douleurs abdominales et les forces générales ;

8° Enfin, elle se termine toujours par la résolution. »

La typhlite rhumatismale ne suppure jamais et se termine en deux à trois septénaires. Le traitement ne diffère guère de celui qui est usité dans la forme commune ou dans la forme à frigore.

III

M. L. Dautel, à la thèse duquel nous avons fait allusion plus haut, a développé dans ce travail les idées suivantes.

La pérityphlite, c'est-à-dire, l'inflammation du tissu cellulaire péricœcal, existe primitivement, spontanément, sans lésion préexistante du tube digestif. Elle succède au refroidissement, aux efforts et reconnaît à peu près les mêmes causes que le phlegmon périnéphrétique ou périnéphrite idiopathique. Elle atteint de préférence les jeunes gens et les sujets non prédisposés à la constipation et aux troubles intestinaux. Elle débute habituellement d'une façon brusque. Douleur constante concentrée le plus souvent dès le début dans la fosse iliaque, mais ne se localisant quelquefois qu'après avoir occupé tout l'abdomen au point de simuler une péritonite ; douleur irradiée vers le membre inférieur droit ou les organes génitaux. Cette dernière irradiation semble à M. Dautel d'une certaine importance au point de vue du diagnostic, en indiquant que la lésion est bien en dehors du cœcum dans le tissu cellulaire péri-cœcal.

L'apparition de la tumeur a lieu généralement, d'après M. Paulier (1), de trois à cinq jours après la localisation des accidents dans la fosse iliaque. L'épaisseur des parois abdominales, le météorisme général, ou l'acuité des douleurs empêchent quelquefois, pendant les premiers jours de percevoir la tumeur par la palpation.

« On constate, d'abord, un empâtement profond, occupant toute la fosse iliaque, assez mal limité, immobile et profondément adhérent. » Ou bien c'est une « tumeur allongée de bas en haut et remontant vers l'hypochondre, difficile à limiter latéralement, *non mobile, non bosselée, non modifiée par l'évacuation des matières fécales* ».

On comprend, au point de vue du diagnostic, avec la typhlite, l'importance de cette constatation, mais elle ne se réalise pas toujours. La paroi abdominale plisse au devant de la tumeur, ce qui élimine les phlegmons de la paroi ou, chez les femmes, ceux qui venus du bassin fusent derrière la paroi : « La percussion de la tumeur ne donne pas une matité absolue ; parfois le centre est sonore, tandis que ses bords donnent un son plus mat. » La sensibilité est en général plus vive sur les bords de la tumeur, en dedans ou en dehors, dans les points

(1) Thèse de Paris, 1875.

submats et plus rénitents. Le volume qui varie entre celui d'une noix et d'une orange est comparable le plus souvent à celui d'un œuf de poule.

La tumeur est constituée par l'épaississement et l'infiltration du tissu cellulaire au début, ultérieurement par une infiltration secondaire des tuniques du cœcum, qui lui-même est distendu par des gaz.

Le péritoine est toujours plus ou moins atteint, ce qui explique, outre l'intensité plus ou moins grande des réactions nerveuses, vomissements, facies, etc., les adhérences et les noyaux d'induration qui peuvent persister longtemps après la guérison.

A propos des *vomissements*, M. Damaschino a dit que leur fréquence et leur durée étaient en rapport non seulement avec l'intensité des lésions, mais surtout avec leur propagation au tissu cellulaire rétro-cœcal ; aussi constituent-elles, d'après ce maître, un signe différentiel de quelque valeur entre la typhlite et la pérityphlite.

Les auteurs ne sont pas d'accord au sujet de la fréquence et de la signification diagnostique du *frisson*. Pour Blatin (1), on le rencontre toujours dans la typhlite, et il fait défaut au début de la pérityphlite, fait déjà noté par Albers et Grisolle.

Tout au contraire, Damaschino dit que les frissons, extrêmement rares au commencement de la typhlite, sont constants dans la pérityphlite ; M. Bucquoy est du même avis. M. Dautel n'a pas souvent trouvé ces frissons signalés dans les observations qu'il a publiées ; il pense qu'ils se montrent surtout quand le péritoine est atteint dans le tissu cellulaire rétro-cœcal. Pour moi, j'ai observé le frisson nettement au début de certains cas de typhlite, même accompagnée de fièvre peu intense ; je ne suis donc pas enclin à lui accorder une grande importance au point de vue du diagnostic différentiel.

La pérityphlite se termine le plus ordinairement par la résolution ; mais celle-ci est assez souvent incomplète et le malade demeure prédisposé aux récidives. Celles-ci surviennent parfois très longtemps après la première atteinte et alors même que la tumeur a complètement disparu.

M. Dautel estime que la pérityphlite primitive doit être traitée vigoureusement surtout par les saignées locales et les purgatifs qui ont la plus heureuse influence sur la marche de l'affection et amendent rapidement la douleur et les phénomènes généraux.

IV

Il me reste à dire quelques mots de la typhlite survenant chez les individus atteints de dilatation de l'estomac (typhlite des dilatés. Un sujet, qui se plaint depuis longtemps de phénomènes dyspeptiques avec prédominance de douleurs pendant la digestion intestinale, qui a des alternatives de constipation et de diarrhée, mais qui le plus souvent a des garde-robes rares et semi-liquides, en purée, très acides et habituellement fétides, éprouve à un certain moment une recrudescence des troubles digestifs, à l'occasion d'écarts plus accentués dans l'hygiène alimentaire (irrégularité des heures de repas, avec ses conséquences, repas trop copieux et trop précipités par suite de l'appétit excessif qu'on a en se mettant à table). Il s'y joint aussi quelquefois une fatigue physique plus grande (marche forcée, ascension d'étages nombreux, station debout prolongée).

Un beau jour, de fortes douleurs abdominales éclatent, d'abord généralisées, puis limitées au trajet du côlon et enfin circonscrites au cœcum ou à l'angle typhlocolique. Le malade est obligé de s'aliter.

On constate dans la fosse iliaque droite un empâtement assez régulièrement cylindrique, qui peut ensuite s'étendre latéralement. Il n'est pas rare qu'on puisse provoquer des gargouillements au niveau du cœcum ; on sent qu'il n'y a pas obstruction absolue; mais les parois intestinales manquent de souplesse ; elles sont le siège d'une sorte d'infiltration mollasse.

On peut penser que le mécanisme des accidents morbides est le suivant : érosions de la muqueuse intestinale dans le point déclive où elle se trouve le plus longtemps en contact avec les matières fécales acides, irritantes, riches en acides gras, en acide acétique, en résidus des fermentations putrides ; puis lymphangite et infiltration inflammatoire des parois intestinales, qui déjà sont souvent flasques, peu contractiles, par suite de la débilité habituelle congénitale ou acquise de toute la musculeuse du tube digestif chez les personnes atteintes de dilatation de l'estomac.

La typhlite des dilatés n'est en général pas très longtemps douloureuse ; mais les phénomènes d'auto-intoxication par résorption du contenu putride de l'intestin y jouent un rôle important en produisant des troubles nerveux assez accentués, céphalée, insomnie, vertiges, accablement, etc.

Elle peut se compliquer de pérityphlite, peut-être par extension d'une lymphangite et d'une adénolymphite, commandées par les érosions qui peuvent exister dans l'intestin.

Sa durée n'a rien de fixe, elle est subordonnée au traitement, dans lequel l'antisepsie joue un rôle capital, à l'hygiène alimentaire et au repos.

Le traitement, que M. Bouchard nous a indiqué et que l'expérience nous a montré le meilleur, comprend :

1° Calmer la douleur. Si celle-ci est très aiguë au début, l'injection de morphine peut être nécessaire ; il suffit souvent d'une couche épaisse d'onguent napolitain belladoné, recouverte d'un grand cataplasme très chaud.

2° Déterger et rendre aseptique le gros intestin par de grandes irrigations intestinales faites deux fois par jour avec un litre au moins d'eau à 38°, à laquelle on ajoutera :

Borate de soude, 5 grammes,

Et deux ou trois cuillerées à café du mélange suivant :

Teinture de benjoin.....}
Alcool camphré.........} àà

Les irrigations doivent être faites avec beaucoup de lenteur.

(1) Thèse de Paris, 1868.

3° Le repos doit être absolu.

4° On usera peu des purgatifs et seulement des plus doux (magnésie dans de l'eau sucrée par exemple).

5° Comme régime alimentaire, le lait d'abord coupé d'eau alcaline, et en petites quantités à la fois, plus tard additionné de jaune d'œuf ; en somme, une alimentation laissant peu de résidus et donnant peu de prise aux fermentations intestinales.

D'ordinaire ces soins suffisent à rétablir l'asepsie de l'intestin.

Si l'empâtement péricæcal persiste au bout de deux semaines, un vésicatoire volant de petite dimension pourra être utile.

P. Le Gendre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 30 août 1887.

Les communications faites dans cette séance ont été nombreuses et importantes ; ne disposant aujourd'hui que de peu de place, nous en citerons brièvement les titres et les sujets, remettant au prochain numéro leur analyse détaillée.

M. *Lancereaux* a parlé de la *curabilité et du traitement des cirrhoses du foie.*

M. *Guermonprez* a lu une observation de *pneumotomie suivie de guérison.*

M. *Dujardin-Beaumetz* a parlé des *médicaments antithermiques (antipyrine, acétanilide, salol), considérés comme sédatifs du système nerveux.*

M. *Luys* a lu une note intitulée : *De la sollicitation expérimentale des phénomènes émotifs chez les sujets en état d'hypnotisme.* Cette communication aura beaucoup de retentissement. Elle est la reproduction des expériences faites par MM. Bourru et Burot (de Rochefort) sur l'action des médicaments à distance chez certains hystériques, dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs à propos du congrès de Grenoble en 1885 ; après avoir entendu la note de M. Luys, l'Académie a décidé de nommer une commission pour contrôler les faits si extraordinaires qu'a révélés le médecin de la Charité.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La profession médicale et l'exercice de l'art de guérir.

(*Suite et fin.*)

Je voulais en venir, aujourd'hui, à la France, à la condition qui s'y trouve faite aux médecins, par la jurisprudence autant que par les lois, et aux changements proposés dans notre régime. Mais, les mouvements d'opinion qui se traduisent chez les peuples voisins, étant instructifs pour nous-mêmes, doivent être étudiés d'abord.

I

Dans l'Angleterre, un des pays dont les institutions médicales différaient le plus absolument des nôtres, une tendance, toujours croissante, à se rapprocher de celles-ci se manifeste par maint indice. Nous avons déjà dit deux mots de la lutte très vive entamée contre le collège des *apothicaries*, auxquels on voudrait enlever l'exercice de la médecine, parce qu'ils peuvent vendre des médicaments. Mais voilà qu'en outre, les corps médicaux les plus florissants, classés le plus haut dans l'estime publique, le *Royal college of physicians* et le *Royal college of surgeons of England*, ne s'attachent plus obstinément aux vieilles traditions nationales. Ils aspirent à faire des docteurs, comme on fait des docteurs, chez nous, et, à cet effet, ils désirent se réunir pour fonder ensemble ce que nous nommerions une Faculté.

Il est vrai que, dans cet essai d'imitation, ils remontent un peu haut. Ce qu'ils ont en vue ressemblerait beaucoup à la Faculté de Paris sous l'ancien régime, puisque tous les membres de ces deux collèges contribueraient, chacun par son vote, à y désigner les professeurs, les examinateurs et tous les fonctionnaires. Mais il ne faut pas oublier que toute notre législation médicale a été fondée sur les souvenirs de ces Facultés d'autrefois. Nos docteurs conservent encore un peu du lustre qu'ils avaient alors, et telle est la raison pour laquelle, aujourd'hui, la jurisprudence se refuse à leur appliquer les lois relatives au commerce ou à l'industrie. C'est là ce qui séduit, dans le titre de docteur, les membres du royal collège des *physicians* et du royal collège des *surgeons of England.*

Les pourparlers ont abouti à la formation d'un comité de délégués de l'un et de l'autre. Ce comité a eu d'abord à examiner les propositions de deux autres corporations londoniennes : le collège du roi (*King's college*) et le collège de l'Université (*University college*). Ceux-ci, représentant les diverses branches des sciences et des lettres, sollicitaient la constitution d'un ensemble complet d'enseignement supérieur, par une fusion générale. C'eût été ce qu'on nomme ailleurs une : *Université*, pouvant préparer à tous les grades, soit littéraires, soit scientifiques, et les conférer elle-même. Les collèges médicaux ont craint de se trouver noyés dans cette masse commune, et ils n'ont pas bien accueilli l'idée.

Le collège des *physicians* a, pour sa part, à l'unanimité, adopté un projet de résolution ainsi formulé par le comité de double provenance.

« Il est désirable que les deux collèges poursuivent conjointement, et isolément de tout autre corps, leurs démarches pour obtenir le droit de conférer des diplômes en médecine et en chirurgie :

Et, en conséquence, il n'y a pas lieu pour le moment de tenir une conférence avec *University college* et *King's college* à l'effet d'obtenir en outre des pouvoirs pour donner des grades en arts (c'est-à-dire en lettres) et en sciences. »

Cette première question traitée, restaient à spécifier les grades qui pourraient être conférés par le conseil professoral collectif. Le rapport proposait et le collège des *physicians* décida unanimement que ce seraient les grades de : bachelier en médecine, bachelier en chirurgie et docteur en médecine. L'ancienne Faculté de Paris, qui voulait surtout faire des docteurs, conférait également le grade de bachelier en médecine, mais non de bachelier en chirurgie, car les chirurgiens n'étaient pas alors compris dans la corporation.

Du reste, bien que devant les comprendre, la corporation à double base, qu'il s'agit de créer à Londres, ne compte pas s'étendre beaucoup, puisque le grand amphithéâtre qu'elle veut faire construire pour ses cours est prévu pour un maximum de 250 auditeurs. C'est un progrès. Mais combien d'autres ne reste-t-il pas encore à faire avant d'en venir où nous en sommes !

II

Une colonie qui appartient à l'Angleterre, la Jamaïque, nous montre ce qu'on peut obtenir pour la dignité médicale de l'aide du gouvernement dans la carrière professionnelle.

A la Jamaïque, il existe une organisation complète de médecins salariés par l'Etat, comme le sont les médecins de colonisation en Algérie. Or, l'Etat, qui verse une petite somme à ces médecins, les traite en fonctionnaires dépendant de lui, et il leur impose un tarif pour les honoraires de leurs visites aux gens riches, à ceux pour lesquels l'État ne songe pas à payer. C'est une prétention inqualifiable: d'autant plus que lesdits tarifs sont, à ce qu'il paraît, très bas, sans doute afin de donner proportionnellement plus d'importance à la très maigre allocation résultant du titre officiel. Aussi les médecins de la Jamaïque protestent-ils avec véhémence contre « un tel tarif, compulsoire pour tout médecin qui doit à l'avenir entrer au service du gouvernement, » et dans une réunion récente l'ont-ils déclaré « dérogatoire à la dignité de leur profession et attentatoire à leurs droits et privilèges ».

III

En Amérique, les médecins ne se plaignent pas moins du gouvernement. Et cependant s'il a fini par s'occuper de leurs affaires, c'est bien sur leur demande. Les praticiens instruits ne sont pas rares en Amérique ; et ils avaient naturellement le plus vif désir de ne pas voir pulluler autour d'eux une multitude de charlatans revêtus des titres les plus sonores. Ils ont pensé que le moyen le plus simple et le plus pratique pour sauvegarder le corps médical proprement dit, de promiscuités l'entachant, c'était de réclamer l'intervention du gouvernement, qui écarterait de l'exercice de la médecine tous ceux qu'il n'aurait pas inscrits sur ses registres officiels.

C'est chose faite dans la plupart des États composant l'union. Le conseil de santé central dont nous avons déjà parlé, dont les membres sont désignés, pour un temps assez court, par le gouvernement, y préside à l'enregistrement des médecins, qui deviennent *qualifiés* par ce fait. Il est juge de la valeur de chaque diplôme, il peut au besoin exiger que tel médecin passe devant lui un examen d'état prouvant sa capacité; il peut même, pour cause d'indignité professionnelle à son point de vue, refuser l'enregistrement au médecin le plus capable et le mieux diplômé. Il est vrai qu'au-dessus de lui se trouve le gouverneur politique de l'État, qui, sur appel, décide souverainement en dernier ressort. On se fera une légère idée du degré d'arbitraire auquel peut arriver un de ces gouverneurs politiques, d'après ce qui vient de se passer dans l'Etat du Maine.

Dans cet État s'était établie sous le nom d'Université d...., une fabrique de diplômes qui vous rendait docteur pour un prix fait. Un *reporter* eut la curiosité d'acheter un de ces diplômes: et il en fit grand bruit.

Les médecins du Maine s'émurent les premiers et ils réclamèrent une loi d'Etat, organisant la médecine comme elle était organisée dans la plupart des pays voisins. Cette loi fut votée d'enthousiasme par les deux chambres et elle reçut, dit-on l'adhésion signée du gouverneur. Mais, au moment de la promulguer, celui-ci se ravisa. Il renvoya la loi à la législature en y apposant son *veto*. Nous ne reproduirons pas ici le texte des résolutions qui furent adoptées par les sociétés de médecine à cette occasion ; mais nous pouvons dire que jamais protestations ne furent plus indignées, ni plus énergiques.

Et cependant, dans les Etats où les conseils de santé existent, on ne se plaint pas moins de la situation créée aux médecins américains depuis qu'ils ont reçu, par l'*enregistrement*, une marque *semi-officielle*. On leur fait un devoir de dresser des actes de naissance, etc. ; ils sont transformés en officiers de l'état civil ; et, sous ce rapport, ils sont exposés à des pénalités assez graves. Les conseils de santé fonctionnent comme des bureaux de ministère. Ils multiplient les paperasses qui sont surtout leurs raisons d'être, et les médecins de leur ressort se trouvent obligés de les suivre dans ce mouvement administratif: d'autant moins satisfaits, en ce qui les concerne, qu'ils ne sont pas payés pour ce surcroît de besogne, pour ce temps perdu en correspondance, en rédaction d'actes, etc.

Dr V. Revillout. (1)

Unification des titres professionnels en Angleterre.

Le *Bulletin médical*, dans son excellent compte rendu de *l'Association médicale Britannique*, fait remarquer que cette association a beaucoup d'analogie avec notre association pour l'avancement des sciences. Elle compte 12 mille membres et elle a 600 mille francs de *revenus*. Nous empruntons au *Bulletin* le passage suivant, qui se réfère à la constitution défectueuse du corps médical anglais et qui en précise les aspirations actuelles :

Intérêts professionnels.

« L'Association s'est en outre occupée, sur la motion de sir Thomas Crawfort, d'une question d'intérêts professionnels qui n'aurait aucune raison d'être en France, mais qui est d'une importance capitale en Angleterre ; celle « du rang relatif » des médecins d'origine variable, exerçant en Angleterre, en Ecosse et en Irlande.

Certaines administrations publiques choisissent leurs médecins parmi ceux munis « des plus hautes qualifications de certains collèges » — en France, nous dirions de certaines « facultés ».

M. Crawfort a fait remarquer que l'association devrait s'efforcer d'amener le Conseil médical à mettre en évidence que les plus hautes qualifications des collèges de médecins et de chirurgiens sont de valeur égale, ou, si elles ne le sont pas, que le Conseil médical fasse le nécessaire pour qu'elles le soient, afin que les candidats qui possèdent ces titres puissent être également éligibles pour les mêmes attributions, sans que l'on soit obligé de s'en rapporter à la nationalité ou à la nature du collège où ils ont obtenu leurs diplômes. Sir Charles Cameron appuie la proposition, et maintient que le corps médical irlandais ne le cède en rien à celui d'Angleterre.

Sir Thomas appuie la proposition en disant que l'association est d'avis que les diplômes d'Irlande, d'Ecosse et des Universités écossaises, devraient conférer les mêmes privilèges au point de vue des charges publiques que ceux fournis par les diplômes de l'Angleterre proprement dite.

Cet amendement, en dépit de l'opposition de plusieurs orateurs distingués, a été admis à une imposante majorité.

(1) *Gazette des hôpitaux.*

La *Lancette* fait à ce propos les remarques suivantes :

Le sujet, dit-elle, n'est pas sans présenter des difficultés. Théoriquement, il est manifestement illogique qu'en ce moment, un homme possédant une solide instruction médicale, acquise dans une école d'Edimbourg, de Glascow ou de Dublin, ne puisse être admis à remplir certaines fonctions dans les hôpitaux de l'Angleterre. Mais dans l'application, on doit reconnaître qu'il y a eu, à un moment donné, des raisons solides pour mettre à part ceux qui tiennent leurs titres des collèges les plus élevés d'Angleterre.

Il est notoire que, jusque dans ces derniers temps, les titres des corporations médicales d'Ecosse, tout au moins, pouvaient être achetés, en ne possédant qu'une légère teinture des faits se rapportant à la profession médicale. Il serait évidemment injuste de regarder les titres acquis dans de telles conditions comme possédant un mérite égal à ceux conférés par les corporations de Londres. Depuis que cette question a été dénoncée et mise en lumière principalement par nous-mêmes, une enquête a été faite dans les corporations d'Ecosse, et cette enquête paraît même avoir prouvé qu'à la Faculté de Glascow les examens sont aussi sévères que les examens analogues du collège de chirurgiens d'Angleterre.

Le journal anglais termine en exprimant le désir de voir le « Conseil médical » se préoccuper de la délivrance des grades élevés de la médecine, et il ajoute :

« Nous avons toujours insisté sur ce point qu'il devrait y avoir une juridiction aussi bien pour ces derniers examens que pour les examens qu'on a à subir pour les diplômes ordinaires. »

Malheureusement le Parlement en a décidé autrement avec l'assentiment regrettable de certaines autorités médicales. Dans ces conditions, certaines fonctions comme celles remplies dans les hôpitaux qui sont considérées comme entraînant des devoirs exceptionnels, doivent exiger de hautes garanties. Dès lors, la première condition pour qu'il pût être donné satisfaction aux collèges d'Ecosse et d'Irlande, ce serait qu'ils montrent que les grades élevés qu'ils confèrent sont obtenus dans des conditions aussi rigoureuses que ceux d'Angleterre. Si la preuve peut en être faite — et elle le serait aisément — aucun monopole anglais ne devra subsister.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

Rétroversion de l'utérus gravide.

MM. Pinard et Varnier viennent de terminer la publication d'un très intéressant mémoire sur la *rétroversion de l'utérus gravide* (1). Ils y étudient d'abord le rôle des adhérences péritonéales anciennes dans l'étiologie de la rétroversion et de l'enclavement irréductible de l'utérus gravide.

Les adhérences anciennes utéro-rectales ou utéro-pelviennes sont rarement la cause de la rétroversion de l'utérus gravide et de son irréductibilité. La fréquence de ces adhérences a été exagérée, et, lorsqu'elles existent, la grossesse détermine dans leur structure des modifications leur permettant de devenir extensibles.

(1) *Annales de Gynécologie*, nov. 1886, février et mai 1887 ; en 1 vol. — Steinheil, éditeur.

Les adhérences anciennes, vésico-intestinales ou vésico-intestino-pelviennes, ou utéro-vésico-intestino-pelviennes, toutes celles en un mot qui clôturent l'aire du détroit supérieur, peuvent s'opposer et s'opposent, comme le prouvent les observations de MM. Pinard et Varnier, au mouvement ascensionnel de l'utérus gravide et produisent la rétroversion ou l'enclavement. Les modifications imprimées par la grossesse à tous les tissus qui sont en rapport de continuité avec l'utérus retentissent trop peu sur ces adhérences extra-utérines pour produire leur extensibilité.

En ne considérant que l'appareil symptomatique et l'anatomie pathologique de la rétroversion de l'utérus gravide, on pourrait presque dire que dans cette maladie l'utérus n'est rien et la vessie est tout ; ce sont surtout les accidents vésicaux qui sont les symptômes révélateurs principaux.

La rétention d'urine peut être brusque ou graduelle ; elle ne tarde pas à s'accompagner de symptômes vésicaux qui dominent la scène et peuvent présenter tous les degrés, depuis la cystite catarrhale, hémorrhagique ou purulente, jusqu'à la gangrène partielle ou totale de la paroi vésicale.

Aussi, dans la rétroversion de l'utérus gravide ne faut-il pas trop s'attarder à traiter la rétention d'urine seule. Cette méthode donne parfois de brillants résultats en permettant à l'utérus de se redresser spontanément ; mais elle n'est suffisante qu'autant que l'urine reste normale et qu'il n'existe aucun symptôme de cystite ou de compression.

Dès que la cystite survient ou dès qu'il existe des signes d'enclavement, il faut réduire le plus vite possible, mais sans violence, l'utérus rétroversé.

Si l'on n'y parvient par aucun des procédés de douceur habituellement employés, on ne peut faire disparaître la compression qu'à l'aide de deux moyens :

1° Provoquer l'avortement ;

2° Pratiquer la laparotomie qui permettra seule de se rendre un compte exact de la nature de l'obstacle à la réduction et de faire disparaître cet obstacle. C'est le seul procédé qui, dans certains cas (et en particulier dans le fait très intéressant qu'ont observé MM. Pinard et Varnier) aurait pu triompher des adhérences inextensibles fixant l'utérus en rétroversion.

Bien qu'on ait réduit l'utérus par un procédé quelconque ou qu'on ait provoqué l'avortement, les troubles nutritifs de la paroi vésicale peuvent être déjà assez avancés, la compression peut avoir duré assez longtemps pour que l'exfoliation et la gangrène se produisent encore, même après la disparition de la cause comprimante. Parfois, au bout de deux ou trois jours, la gangrène est déjà un fait accompli.

Quelle est alors la conduite à tenir ? La profondeur de la lésion n'a ici qu'une importance secondaire.

Ce qui joue le principal rôle dans la terminaison fatale, c'est le séjour prolongé dans la vessie de cette membrane gangrenée, putride, contre laquelle échouent les lavages répétés, fussent-ils antiseptiques.

Cette membrane crée et entretient la septicémie à laquelle succombent les malades ; il faut donc à tout prix débarrasser la vessie de ce corps étranger.

Lorsque, malgré la disparition de toute cause de compression, malgré des lavages antiseptiques répétés, on voit l'urine rester trouble, horriblement fétide, ammoniacale, mélangée de flocons gris brunâtres ou de débris membraneux, qu'il y a de la fièvre avec exacerbations vespérales, sécheresse de la langue, amaigrissement rapide ; qu'il se produit des hématuries, que malgré la réplétion de la vessie le cathétérisme ne donne issue ni à l'urine ni au liquide injecté, il faut se hâter d'agir et avoir recours à la *dilatation de l'urèthre* ou à la *taille vaginale*. Le but que l'on se propose à l'aide de l'une ou l'autre de ces opérations est complexe : on cherche à se rendre facilement et complètement compte de l'état de la vessie ; si l'on y rencontre une membrane entièrement détachée ou près de l'être, on l'enlève totalement ou en partie ; dans tous les cas, il faut supprimer la contraction vésicale et mettre au repos absolu un organe qui, sous le moindre effort, peut se rompre aux points amincis par l'exfoliation, la gangrène diffuse ou localisée.

La dilatation brusque de l'urèthre sous le chloroforme, portée jusqu'au point de permettre l'introduction de l'index, peut procurer un accès suffisant pour explorer la vessie et extraire la membrane gangrenée dans le cas où on la rencontrerait ; mais, ainsi que l'a récemment établi Hartmann, la dilatation ne procure souvent à la vessie qu'un repos incomplet.

La taille vaginale donne, au contraire, un accès plus large pour l'exploration et l'extraction du corps étranger, ainsi que pour de bonnes injections modificatrices ; elle assure le drainage et procure à la vessie un repos absolu.

Aussi, en présence d'une cystite gangréneuse consécutive à la rétroversion, il faut donner la préférence à la taille et entretenir avec grand soin la fistule jusqu'à complète guérison.

Des placentas multiples dans les grossesses simples (1).

Sous ce titre, M. Ribemont-Dessaignes appelle l'attention des accoucheurs sur la fréquence relative des placentas poly-discoïdaux dans l'espèce humaine ; ces placentas présentent les plus grandes variétés dans le nombre, le volume et la disposition des disques, dans le mode d'implantation du cordon, l'étendue et l'état du pont membraneux qui réunit les disques, etc. Tantôt le placenta est formé de deux masses de volume à peu près égal, réunies par une troisième masse placentaire plus petite ; tantôt, à côté d'une masse placentaire unique se trouvent un ou plusieurs petits amas cotylédonaires, constituant des placentas en miniature. Toutes ces variétés sont admirablement reproduites dans les dessins que contient le mémoire de M. Ribemont, et qu'il a faits avec tout le talent d'un savant doublé d'un artiste ; en les voyant, on peut mieux qu'à l'aide de n'importe quelle description comprendre la formation des divers types de placentas multilobulaires ; on s'explique alors comment ces variétés sont dues à l'atrophie plus ou moins étendue des villosités choriales placentaires ; l'existence des masses placentaires accessoires vient de ce que le travail d'atrophie a respecté en plusieurs endroits ces villosités, au lieu de ne les respecter qu'en un seul groupe qui constitue habituellement le placenta.

Laissant de côté l'intérêt scientifique que qu'offrent ces variétés au point de vue de l'anthropologie, voyons avec M. Ribemont quelle importance pratique peut avoir la connaissance de ces faits.

Il est utile, en effet, de connaître comment peut survenir, au moment de la délivrance, la rétention dans l'utérus d'un cotylédon accessoire et à l'aide de quelles précautions il est possible d'éviter cet accident ou d'y remédier.

Voici comment se passent généralement les choses : quelques instants après l'accouchement, on pratique le toucher vaginal. Le doigt rencontre au fond du vagin, ou engagée dans le col, une masse volumineuse qu'on reconnaît pour le placenta. — Le moment semble venu de procéder à la délivrance.

Quelques frictions sont pratiquées sur le fond de l'utérus, tandis que l'on exerce des tractions modérées, mais soutenues sur le cordon. — Bientôt la vulve s'entrouvre et le placenta apparaît.

On s'apprête à le recevoir... mais les membranes sont sans doute adhérentes ; car on éprouve maintenant un peu de résistance. Que fait-on alors trop souvent ?

On exagère les tractions, ou bien l'on cherche à décoller les membranes que l'on croit anormalement adhérentes en imprimant au placenta un grand nombre de mouvements de rotation qui, se transmettant aux enveloppes de l'œuf, tordent celles-ci en une sorte de corde. Tout d'un coup, la résistance est vaincue ; le placenta sort entraînant les membranes avec lui.

On examine avec soin le délivre : on constate que les bords du placenta sont réguliers, que sa face utérine ne présente pas de vide.

Aucun cotylédon ne paraît donc faire défaut. Enfin, une zone de membranes plus ou moins étendue l'entoure de toutes parts.

Le bord libre de leur orifice est bien un peu déchiqueté, irrégulier ; mais cette irrégularité s'explique par les déchirures qui ont pu résulter de l'extraction un peu forcée des enveloppes. Du reste, on se rassure en songeant que l'essentiel, le placenta tout entier, a été expulsé et l'on se retire plein de quiétude. Et quelques heures ou quelques jours plus tard, la patiente est prise d'une hémorrhagie qui ne cesse qu'après l'expulsion d'un lobe placentaire plus ou moins volumineux, dont on avait méconnu l'existence et la rétention. Parfois même c'est par des accidents graves de septicémie, en apparence inexplicables, que se traduit le séjour dans l'utérus d'un placenta accessoire.

La délivrance ne saurait donc être conduite avec trop de prudence, alors même que le toucher vagi-

(1) *Annales de Gynécologie*, 1887, en 1 vol. Chez Steinheil.

nal a appris que le placenta était décollé, pour peu que l'on sente un peu de résistance de la part des membranes ; lorsque le placenta est hors la vulve et que les membranes ne tombent pas d'elles-mêmes, on doit se garder d'exercer sur elles des tractions ; il est alors indiqué, suivant le conseil de Tarnier, de lier solidement les membranes avec un fil, afin d'avoir toujours prise sur elles ; puis on débarrasse l'accouchée de la masse placentaire extraite, en coupant les enveloppes de l'œuf entre le placenta et la ligature.

D'ailleurs, la résistance des membranes à l'extraction peut faire défaut, soit parce que, très fragiles, elles se déchirent sous le moindre effort, soit parce que le cotylédon isolé adhérent à l'utérus se détache aisément des membranes.

Aussi un examen très attentif du délivre est-il absolument nécessaire ; il ne suffit pas, en effet, de constater que les *bords* du gâteau placentaire sont bien réguliers, que sa face utérine ne présente *aucun vide*, que les membranes l'entourent de toute part ; il faut encore, après avoir lavé soigneusement les membranes, pour les débarrasser du sang qui y adhère, les examiner étalées, à contre-jour, par transparence, et s'assurer ainsi qu'aucun vaisseau ne les parcourt. Si l'on reconnaît que quelques vaisseaux partis du placenta rampent dans les membranes sans aboutir à du tissu placentaire, on doit admettre qu'un cotylédon est resté adhérent à l'utérus. Il faut sans retard introduire la main dans l'utérus, rechercher le cotylédon accessoire, le décoller et l'extraire ; on met ainsi l'accouchée à l'abri des hémorrhagies secondaires et de la septicémie.

Si l'on échoue dans la recherche d'un très petit cotylédon, la certitude de l'avoir laissé dans la cavité utérine n'est pas indifférente, puisqu'elle conduit l'accoucheur à se tenir sur ses gardes et à instituer une thérapeutique antiseptique appropriée (injections intra-utérines répétées).

D'ailleurs, il est facile d'éviter cette rétention d'un placenta accessoire en employant, non pas la délivrance allemande par expression qui expose à la déchirure des membranes, mais la vieille méthode française de Mauriceau consistant en frictions ou pressions légères sur le fond de l'utérus, qu'on associe aux tractions soutenues sur le cordon ; elle donne les meilleurs résultats quand elle est pratiquée à son heure.

La plupart des accidents de la délivrance sont imputables à la hâte avec laquelle on opère. On met les accouchées à l'abri de bien des dangers en sachant attendre pour commencer les tractions que le placenta décollé s'engage dans le vagin, et en examinant l'arrière-faix avec beaucoup de soin pour voir si quelques cotylédons isolés ou faisant partie de la masse placentaire ne sont pas restés dans la cavité utérine.

G. LEPAGE.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

Exercice illégal de la médecine.

A propos de la communication de M. Dubrac, Président du Tribunal de Barbezieux. (Voir *Concours*, n° 34.)

Dans un de ses derniers numéros, *le Concours médical* publiait un rapport dont j'avais donné lecture au Syndicat médical de Coutras, dans la séance du 14 juin 1887. Cette publication nous a valu la bonne fortune de susciter des observations de M. Dubrac, président du tribunal de Barbezieux (Charente). Les lecteurs du *Concours* ont parcouru avec intérêt la communication de l'honorable magistrat dans le n° 34 de ce journal (20 août 1887). Plus d'un, parmi nos confrères, aura été, sans doute, surpris par les raisons invoquées par M. Dubrac contre la thèse que je soutenais.

Le passage qui a surtout soulevé les critiques de mon honorable contradicteur vise la *sévérité des condamnations* dont sont frappés ceux qui vendent des médicaments sans titre officiel et *l'excessive bénignité* des peines qui atteignent les personnes se livrant à l'exercice illégal de la médecine. Ailleurs je déclare que « l'exercice illégal de la médecine est « favorisé, avant tout, par les pénalités dérisoires « dont le législateur a voulu punir les délinquants, « pénalités tellement insuffisantes que les magis- « trats des parquets, se sentant en quelque sorte « désarmés, aiment mieux garder un dédaigneux « silence que de requérir l'application de la loi. »

M. Dubrac trouve dans ce texte une erreur et des exagérations. Nous allons voir. Mais je dois avant tout déclarer que je n'ai jamais eu l'intention en cette circonstance, de chercher à discréditer la magistrature dans laquelle je compte bien des amis dévoués et pour laquelle je professe, d'une manière générale, la plus profonde estime. Ceci dit, et sans vouloir incriminer l'attitude d'une partie de la magistrature à l'égard du corps médical, ni rappeler les sanglantes paroles prononcées au Congrès de Lyon, en 1834, par Malgaigne, ou citer les faits particuliers dont est émaillée la collection du *Concours*, nous allons examiner la valeur des arguments de M. Dubrac. Si je ne me trompe, ils se réduisent à ceux-ci :

1° Si les pénalités infligées aux personnes convaincues d'exercice illégal sont faibles, c'est par suite d'*un oubli* du législateur ;

2° *Les magistrats ne sont pas désarmés* ;

3° Les médecins doivent se faire les dénonciateurs des cas d'exercice illégal qu'ils connaissent.

La loi qui régit l'exercice de la médecine est la loi du 19 ventôse an XI ; elle n'a pas déterminé le *quantum* de l'amende à infliger aux délinquants. Or, quatre-vingt-cinq ans se sont aujourd'hui écoulés sans qu'elle ait été modifiée ! Est-il bien possible de prétendre que cette longue période de temps ait été insuffisante pour que les législateurs de tous les régimes qui se sont succédé, aient enfin eu le temps de réparer l'oubli de leurs devanciers ? Soutenir une semblable opinion serait laisser supposer que nos législateurs ont bien peu de souci des cho-

ses qui touchent de plus près à la santé publique, question d'un intérêt social incontesté et de premier ordre.

Or, j'ai parlé des pénalités dont le législateur a *voulu* frapper l'exercice illégal. Sans doute, j'avais des raisons pour lancer cette affirmation. Une des principales se rencontre précisément dans ce qui s'est passé à l'égard des pharmaciens. La loi de germinal an XI n'avait pas fixé le taux de l'amende dont seraient frappés ceux qui, sans titres, vendraient des médicaments. Or, *deux ans* plus tard (pluviôse an XIII), une loi nouvelle complétait celle de l'an XI, en édictant une sévère pénalité contre quiconque exercerait illégalement la pharmacie.

Ainsi, deux ans avaient suffi pour que le législateur corrigeât un oubli glissé dans la loi sur l'exercice de la pharmacie et ils auraient été insuffisants pour permettre de voir que, elle aussi, la loi sur l'exercice de la médecine, était incomplète! Les deux professions ont tant de points de contact ; elles sont tellement connexes ; le médecin, dans tant de circonstances, est appelé lui-même à faire de la pharmacie que je ne puis m'arrêter à l'hypothèse d'un simple oubli de la part du législateur. Et puis, si réellement il n'y avait eu là qu'une erreur involontaire, est-il admissible que les récriminations sans nombre du corps médical tout entier soient restées sans écho pendant plus de trois-quarts de siècle ? J'avoue que, pour ma part, il me répugnerait singulièrement de me ranger à cette manière de voir.

Et ce qui me confirmerait encore dans l'hypothèse contraire, ce sont les conversations qu'il m'a souvent été donné d'avoir avec des personnages occupant, au parlement ou dans l'administration, des situations prépondérantes. Il y a quelques années, un de nos confrères qui, dans la Chambre actuelle, possède une très haute influence, et dirige avec talent et autorité un groupe considérable, me disait que, pour lui, la loi de l'an XI était mauvaise sans doute, mais qu'à son avis l'amélioration devait se trouver dans la liberté absolue. Récemment un de nos préfets les plus aimables, les plus éminents comme administrateur, à la tournure d'esprit un peu paradoxale peut-être, me tenait le même langage.

Ainsi les partisans de la liberté absolue sont assez nombreux dans les hautes sphères et je ne serais point étonné que, si, au début, il y a eu *oubli* simplement, *l'oubli* ne soit depuis longtemps devenu *volontaire*.

Sans doute, les magistrats ne sont pas désarmés, au sens absolu du mot, puisqu'ils appliquent, ainsi que le veut la jurisprudence et que le fait remarquer l'honorable M. Dubrac, une pénalité réduite au *minimum*. Mais c'est ici que nous ne nous entendrons plus. M. Dubrac trouve ce minimum suffisant et, au contraire, avec bien d'autres, je le trouve absolument insignifiant. Pour prouver que les magistrats sont suffisamment armés, M. Dubrac nous cite le cas d'un certain Gayod condamné à 4804 francs d'amende et de dommages-intérêts par le tribunal de la Seine. C'est un joli denier assurément, mais aussi *trois cent soixante-huit* faits particuliers *constatés* ! Or, c'est dans ce mot *constatés* que réside toute la difficulté. La loi ne peut punir, et ne punit, que les faits prouvés. Dans l'affaire de Gayod, on a relevé 368 cas particuliers : à combien s'élevait le nombre de ceux qui sont restés sans preuves suffisantes ? On frémit aux victimes sans nombre qu'avait dû faire cet empirique, au préjudice causé à la société, et alors on ne trouve plus trop sévère la pénalité dont il a été atteint. Et, sans demander la corde ou le bagne pour Gayod, on me permettra bien de dire, en me plaçant au point de vue de l'intérêt de la Société qu'il n'a pas eu à se plaindre des magistrats, puisque, pouvant le condamner à $368 \times 15 = 5520$ francs d'amende, ils se sont contentés de lui infliger une condamnation s'élevant, *de ce chef*, à $368 \times 3 = 1104$ francs.

Mais il n'est pas toujours possible, comme dans le cas précédent, d'accumuler des preuves nombreuses même quand elles existent. Pas plus que les villageois, moins qu'eux peut-être, les paysans n'aiment à rendre compte de ce qui se passe chez eux. Et ce n'est que très exceptionnellement qu'ils avoueront avoir été dupés. Si vous trouvez un individu prêt à avouer qu'il est allé consulter le sorcier, vous en trouverez un cent qui s'en défendront énergiquement. Si, comme dit un proverbe, *vulgus vult decipi*, du moins personne n'aime à en faire l'aveu quand le fait est accompli. C'est précisément cette difficulté presque insurmontable qui rend dérisoires les résultats obtenus dans la plupart des cas de poursuite. On relèvera deux ou trois faits isolés au milieu de centaines d'autres insuffisamment démontrés, aux yeux des magistrats, mais absolument vrais pour tous et pour les juges eux-mêmes, et l'empirique profitera, pour quelques francs, d'une publicité immense, véritable réclame à son avantage, sans compter les commentaires désobligeants d'un public prévenu contre le corps médical de la région qu'on accusera de méchanceté, de jalousie, que sais-je encore ?

Aussi (et je pourrai citer à M. Dubrac personnellement des noms que je ne suis pas autorisé à livrer à la publicité) il s'est trouvé bien des magistrats — procureurs ou juges — qui ont répondu à des confrères leur signalant des faits particuliers. « Sans « doute, vous obtiendrez une condamnation, il vous « sera alloué des dommages-intérêts ; mais réflé« chissez avant de vous engager : tout compte fait, « vous avez moralement plus à perdre qu'à gagner. » Et ce langage était celui de la raison, et le plus souvent il a été écouté. Qu'en résulte-t-il ? Au grand détriment de la Société, les choses continuent à marcher comme par le passé.

Je recevais récemment une lettre d'un confrère très en vue d'un département de la Bretagne. Il me disait :

« Dans notre département, la médecine illégale » est exercée sur une échelle telle que pour les » médecins diplômés la situation n'est plus tenable. » D'un côté, les rebouteurs qui pullulent, les bonnes » sœurs d'un autre, sans compter les curés, nous » font une concurrence telle que la plus grande » partie de la clientèle nous échappe. Notez que » nous n'osons pas nous plaindre : ceux qui veu» lent élever la voix sont immédiatement abandon» nés par une bonne partie de leur clientèle qui » prend fait et cause pour les guérisons mer» veilleuses ou miraculeuses de ceux dont nous » nous plaignons. Aussi le nombre des docteurs » diminue considérablement dans le pays. Les par» quets, avertis, ne bougent pas. Que faire ? »

Que faire ? Faut-il que le médecin devenu magistrat instructeur, ou partie trop intéressée, se charge de grouper les faits particuliers comme paraît le conseiller M. Dubrac, et se fasse pourvoyeur des tribunaux ? Jamais nous ne donnerons à nos confrères un semblable conseil. Leur dignité ne saurait s'accommoder d'un tel rôle et leur intérêt leur défend de s'engager dans une voie aussi périlleuse.

Bien des régions de la France ressemblent, sous certains rapports, au département de la Basse-Bretagne dont je parlais plus haut, et ceux qui isolément voudraient poursuivre l'exercice illégal verraient les preuves péniblement accumulées leur faire défaut au dernier moment. De semblables équipées ils ne retireraient que confusion et sarcasmes.

Ah ! s'il était possible de poursuivre, au nom d'une collectivité agissant dans l'intérêt de tous ; si les syndicats médicaux jouissaient de la personnalité civile incontestée, peut-être alors les poursuites pourraient-elles aboutir à un résultat sérieux. Mais jusqu'à l'extension aux syndicats médicaux des bénéfices de la loi du 21 mars 1884, nous engagerons nos confrères à ne se hasarder que bien rarement dans ces luttes dont le plus clair résultat est la diminution de leur considération dans le public.

Et, après tout, avons-nous besoin de nous mettre en quête des cas d'exercice illégal ? Est-ce qu'on ne les rencontre pas partout ? M. Dubrac n'en connaît-il pas dans son arrondissement ou dans les arrondissements limitrophes ? Je cherche et je n'ai que l'embarras du choix. Sans compter le curé du Pyoussais (Charente) dont le *Concours* a enregistré naguère les exploits, sur la limite de la Dordogne qui touche à l'arrondissement de Barbezieux où il exerce ouvertement avec voitures et chevaux (Commune du Petit-Bersac), il cite un rebouteur bien connu qui a succédé à son père dans le métier. Peut-on dire que les magistrats l'ignorent ? Les magistrats ont été soignés par lui ! Et Véron (canton de Mirambeau) était-il connu ? Un service de voitures publiques conduisait à sa porte la foule en quête de guérisons merveilleuses. Et l'Esculape, au casque à mèche en laine d'un blanc crasseux, voyait affluer chez lui, de tous les départements voisins, des gens de toute langue, de toute condition. Le mendiant en haillons coudoyait en sortant du sanctuaire sacré la grande dame couverte de soieries et de dentelles. Il paraît que c'est la servante du vieillard qui depuis sa mort a hérité de ses secrets et de sa clientèle !

Et à *La Barde*, LA SORCIÈRE (*neuvième fille de la famille*, s'il vous plaît) qui guérit tous les maux rien qu'en les touchant ? Hommes et bêtes sont indistinctement traités.

Et à *la Clotte* (Charente-Inférieure) ? Et la guérisseuse de Brossac et celle de Montboyer, arrondissement de Barbezieux (1).

Et les somnambules qui, cyniquement, font des annonces à la quatrième page des journaux à grand tirage et dont le nom s'étale à côté de la correspondance souvent éplorée des grandes *sympathiques* ?

Faut-il d'autres preuves ? Ah ! ce serait être singulièrement exigeant. Et comme je ne veux pas croire que les parquets s'endorment au lieu de veiller à tout ce qui touche aux intérêts de la Société ; comme nos procureurs de la République ne sauraient ignorer ces faits, je conclus de leur silence qu'ils se considèrent comme impuissants à faire cesser un état de choses qu'ils sont, au contraire, les premiers à déplorer. Et si j'avais un blâme à formuler, ce serait vis-à-vis des législateurs, je le répète, et non vis-à-vis des magistrats qui ne peuvent qu'appliquer la loi, alors même que, comme M. Dubrac, ils la trouvent insuffisante.

D[r] AD. BARAT-DULAURIER,
Ex-Interne des Hôpitaux de Paris.

(1) Et sur toutes les places publiques, les charlatans qui donnent des consultations et vendent de l'eau claire, à grand renfort de tambours et de trompettes sur leurs chars à deux ou à quatre chevaux chamarrés d'or, cherchant, par-dessus le marché, à semer le discrédit ou le ridicule sur le docteur d'à côté, qu'ils nomment, au besoin, au grand divertissement de la foule des badauds attroupés parmi lesquels j'ai récemment rencontré dans une localité voisine, où je passais, un magistrat riant d'un grand rire bébête ?

NOUVELLES

M. le docteur Trélat, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine vient d'être chargé d'une mission à Constantinople et à Athènes pour visiter les établissements scientifiques, médicaux et charitables de ces deux villes. Le docteur Barette, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, accompagne M. Trélat.

— Le ministre de la guerre va prochainement appeler à la tête du service de santé (7e direction), M. le médecin principal Dujardin-Beaumetz.

Suivant les dispositions de l'article 1er du décret du 29 novembre 1884, un médecin inspecteur seul peut être nommé directeur, M. Dujardin-Beaumetz n'aura donc pas le titre de chef de service ; mais cette désignation n'implique nullement un amoindrissement d'attributions de la direction du service de santé.

Elle n'aura, d'ailleurs, qu'un caractère provisoire, et M. Dujardin-Beaumetz prendra le titre de directeur aussitôt qu'il aura été promu au grade de médecin inspecteur.

Renseignements militaires.

— Voici les pièces à fournir par les docteurs en médecine demandant à être nommés médecin de réserve ou de l'armée territoriale :

1° Demande au Ministre de la guerre ;
2° Extrait d'acte de naissance, sur papier libre ;
3° Extrait du casier judiciaire, id.
4° Etat des services (pièce à demander au bureau de recrutement) ;
5° Certificat d'aptitude prévu par le décret du 10 janvier 1884.

Toutes ces pièces sont envoyées au Directeur du service de santé du corps d'armée auquel le candidat veut être affecté.

— Voici maintenant les pièces à fournir par les étudiants en médecine ou en pharmacie, engagés conditionnels, désirant être admis à remplir les fonctions dévolues aux médecins et pharmaciens auxiliaires :

1° Demande adressée au Directeur de service de santé du corps d'armée dans lequel les intéressés ont signé leur engagement ;
2° Expédition de l'acte d'engagement ;
3° Position des candidats au point de vue de la scolarité (savoir : copie du diplôme ou certificat d'inscription) ;
4° Certificat d'aptitude prévu par le décret du 10 janvier 1884.

Ce certificat ne peut être obtenu qu'après la 12e inscription.

Ces pièces doivent parvenir à la Direction du service de santé *avant le* 1er *octobre* de chaque année.

(*Lyon médical*).

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St André 3

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

De la sollicitation expérimentale des phénomènes émotifs chez les sujets en état d'hypnotisme. (1)

M. *Luys*. « Je me propose de vous exposer les résultats des recherches nouvelles que je poursuis depuis quelque temps sur la possibilité de solliciter expérimentalement, chez les sujets en état d'hypnotisme, des émotions variées de joie, de tristesse, de terreur, sans que l'individu endormi en ait la moindre conscience et sans qu'au réveil il en conserve le souvenir ; et cela par l'action de certaines substances tenues à distance.

Les personnes qui suivent avec intérêt les progrès si subits et si imprévus de ces études neurologiques, ne sont pas sans connaître les expériences si curieuses dont MM. les docteurs Bourru et Burot ont entretenu le Congrès pour l'avancement des sciences, siégeant à Grenoble (1885) et qui sont relatives à l'action rayonnante qu'exercent à distance certaines substances, chez les sujets hypnotisés. Nos deux éminents confrères, professeurs à l'Ecole de médecine de Rochefort, ont donc constaté ce fait inattendu que chez les sujets en état d'hypnotisme il se développe, par le fait de la disjonction des associations nerveuses, un état d'hyperesthésie tel, qu'ils deviennent impressionnables en présence de certaines substances toxiques ou médicamenteuses, tenues à distance, et réagissent d'une façon différente suivant la nature du corps employé.

Sans entrer ici dans les détails techniques relatifs à la façon dont les expériences ont été conduites, je dirai seulement que j'ai opéré sur des sujets différents, pour vérifier les résultats les uns par les autres, et qu'en présence des substances similaires, j'ai obtenu des résultats sensiblement similaires. Pour fixer la physionomie des différents phénomènes émotifs dont j'étais l'instigateur, j'ai eu recours à la photographie instantanée qui m'a donné ainsi des représentations indiscutables. Ce sont ces représentations pittoresques que j'ai l'honneur de faire passer sous vos yeux, et qui expriment avec une fidélité indéniable, les phases émotives par lesquelles passe un sujet hypnotisé, suivant qu'on le met en présence de telle ou telle substance, dont il ignore absolument la nature et les effets.

Les réactions produites sur l'organisme hypnotisé par l'action à distance des substances stimulatrices se présentent sous deux modalités bien tranchées, elles sont silencieuses ou loquaces.

Dans la première série de faits, tous les phénomènes se développent chez le sujet d'une façon calme, comme s'il s'agissait d'un automate dont les ressorts montés le mettent en action ; les yeux sont ouverts et vivants, et par le regard qui laisse transpercer les émotions intérieures, on reconnaît la graduation des intensités psychiques sous-jacentes. La morphine, la valériane, la strychnine, la spartéine, produisent des réactions de cette espèce.

Dans la seconde série de faits, soit que la susceptibilité du sujet soit plus exaltée, soit que l'action des substances employées ait un lieu d'action différent, ce sujet monte à la période de somnambulisme lucide, et alors il entend, il entre en communication orale avec le monde extérieur, et tout en restant incapable d'enregistrer des impressions durables, il parle, il répond, et donne les illusions de la vie réelle et d'un état de conscience nettement ac-

(1) Académie de médecine, 30 août. L'importance de la communication de M. Luys, qui va être le point de départ d'une discussion, nous engage à la reproduire in extenso, d'après la *Semaine médicale*.

cusé. C'est ainsi qu'agissent le haschish, le café, les spiritueux, certaines substances odorantes, qui portent principalement leur action sur les régions intellectuelles.

Dans la première série de faits, les sujets restent ordinairement dans la phase dite la léthargie, dans laquelle on les place; ceci fait, on applique le tube à la région de la nuque en particulier, sans rien dire, et on attend en silence le développement des phénomènes expressifs qui vont se montrer d'une façon plus ou moins rapide. Ce sont ordinairement les impressions de crainte et d'effroi qui dominent, les émotions gaies sont plus rares. Chez les sujets dédoublés, elles sont souvent unilatérales, et la même substance qui, du côté droit, détermine un état de souffrance et de malaise, appliquée du côté gauche, va déterminer de la joie et un mouvement général d'expansion. On note simultanément quelques contractions légères dans les muscles de la face, des yeux, des membres; quelquefois, tout un côté du corps est frappé de convulsions toniques; d'autres fois, ce sont des phénomènes paralytiques unilatéraux ou même croisés qui se révèlent; parallèlement à tous ces phénomènes, on voit apparaître un élément nouveau qui entre en scène; c'est la participation effective de l'innervation végétative qui devient partie prenante des processus en évolution et leur donne ainsi un caractère étrange d'énergie et de véracité.

Ainsi, dans l'action à distance de certaines substances, de l'essence de thym, de la strychnine, de la spartéine, on voit les régions sous-maxillaires et thyroïdiennes se gonfler, avec turgescence coïncidante de la face et saillie des yeux. Sous l'action de la spartéine, les muscles inspirateurs sont frappés de convulsions, toute la région du cou devient dure et le sujet reste anhélant, les yeux hagards, complètement aphone.

Le chlorhydrate de morphine à la dose de 1/10 chez un sujet dédoublé détermine des effets différents suivant que le corps est placé à gauche ou à droite, et suivant qu'on interroge les yeux, les oreilles, les narines. Ainsi, placé à la nuque, du côté gauche, il a sollicité presque immédiatement l'impression d'une très vive terreur. En prolongeant l'expérience, ce n'est plus de la stupéfaction terrifiée que le sujet exprime, c'est un véritable mouvement de colère suscité par l'instinct de sa protection. Le bras droit se replie, comme on peut le voir, pour donner un vigoureux coup de poing et les yeux tournés vers l'objet menaçant sont chargés de colère. Le bras reste contracturé. Il ne faudrait pas insister longtemp pour voir le sujet, toujours silencieux, se lever précipitamment, se mettre à courir, frappant à tort et à travers, et commettre une série d'actes violents tout à fait inconscients.

Vient-on à placer le tube ailleurs et à changer le champ d'action de la substance stimulatrice, le place-t-on par exemple à droite, derrière l'oreille, la scène violente que nous venons de voir change du tout au tout, et on assiste alors à une transformation complète de la physionomie du sujet. Autant les émotions précédemment suscitées étaient brusques et violentes, autant celles qui se développent expriment le calme et une douce langueur ; c'est une véritable période de détente qui se manifeste.

Parmi les 86 substances appartenant soit au règne végétal, soit au règne minéral que j'ai expérimentées sous forme solide, liquide ou gazeuse, je rapporterai seulement les particularités suivantes : Le sulfate de strychnine à la dose de 1/10 appliqué au niveau de la nuque côté gauche a déterminé, à plusieurs reprises, des contractures bilatérales avec secousses convulsives et raideur du tronc, turgescence de la face et du corps thyroïde.

Le même tube, placé du côté droit, comme dans l'expérience précédente avec la morphine, a déterminé des réactions opposées, c'est-à-dire une disparition des phénomènes de contracture d'abord et, sur la face, une expression de gaieté allant jusqu'à l'état de jubilation extrême.

Le sulfate d'atropine paraît avoir une action stupéfiante peu intense, qui se caractérise par un état d'accablement extrême ; le sujet reste affaissé sur un fauteuil, les traits du visage sont tirés, le regard est vague, fixe, éteint, et exprime un état d'épuisement général. Si on prolonge l'action, il arrive un moment où la raideur du tronc se révèle et le sujet est en proie à un véritable opisthotonos.

Les spiritueux expérimentés suivant les mêmes procédés, déterminent encore des effets analogues à ceux qu'ils déterminent chez l'homme sain. Ils sollicitent l'ivresse plus ou moins rapidement, en 8 ou 10 minutes environ. Il est bon de noter, au point de vue de la conduite des expériences, que les réactions caractéristiques présentées par les sujets en expérience, et qui à un moment donné revêtent un caractère véritablement effrayant, sont arrêtées incontinent aussitôt qu'on éloigne le tube qui les a sollicitées.

Dès que le sujet n'est plus sous l'action stimulatrice extérieure, il retombe dans les phases diverses de l'hypnotisme d'où on l'a passagèrement fait sortir.

Il redescend en quelque sorte en sens inverse la route qu'il a parcourue en passant par les mêmes phases et les mêmes démonstrations ; il expurge pour ainsi dire l'action médicamenteuse qu'il a subie, et en huit ou dix minutes il revient à la période de léthargie de retour d'où il était parti, lorsqu'on l'a mis en présence du tube incitateur.

Dans la seconde série des expériences, les manifestations expansives du sujet ont un tout autre caractère. Dans ce cas, le sujet hypnotisé, au lieu d'évoluer sur place, en période de catalepsie silencieuse et de manifester sans mot dire les émotions qui le traversent, monte d'un degré dans les phases de l'hypnose et soit par une disposition naturelle, soit par le fait de la spécialité d'action de certaines substances qui agissent principalement sur les régions intellectuelles, il arrive *motu proprio* à la période de somnambulisme lucide ; et alors il entend ce qu'on lui dit, répond aux questions et entre en conflit avec les assistants ; c'est ce qu'on peut appeler la phase loquace des phénomènes de l'hypnose. Ce n'est pas la vie normale avec ses modalités diverses qui se révèle alors, c'est une vie partielle, automatique et

inconsciente, et malgré la lucidité des réponses données, le sujet demeure parfaitement inconscient de ses actes qui ne laissent aucune trace dans son souvenir, lorsqu'il est réveillé. Ces phénomènes sont particulièrement déterminés par l'action du café en infusion, par celle du haschich, des spiritueux variés, cognac, vin, bière, champagne, alcoolats divers.

On voit alors le sujet comme un automate qui s'agite, obéissant soit à des aptitudes naturelles, s'il est normalement plus ou moins expansif, soit à son genre de vie antérieure, soit surtout à la nature de la substance stimulatrice, exprimer avec une allure et une franchise des plus naturelles, les scènes quelconques d'une vie imaginaire qu'il enfante immédiatement dans son esprit et dont il déroule inopinément les péripéties successives.

Tantôt ce sont des émotions tristes qui le dominent, et si on le met en présence d'un tube contenant de l'extrait de valériane, par exemple, ces émotions ont un caractère de profonde tristesse. Le sujet est sous l'influence d'impressions irrésistibles de gratter la terre, il s'agenouille à cet effet et alors les idées qu'il est dans un cimetière surgissent, et après l'exhumation d'une personne aimée ; il écarte le sable avec les mains, recueille pieusement les ossements, fait un monticule sur lequel il place une croix et accompagne cette petite cérémonie funèbre de gémissements, de génuflexions, de signes de croix et de baisers donnés à la terre. Ces phénomènes se sont révélés chez le même sujet, sauf quelques variétés de détails, toutes les fois avec les mêmes caractères généraux et même après une année d'intervalle.

Inversement, sous l'influence d'autres substances stimulatrices, le haschich, par exemple, ce sont des expressions opposées qui se sont révélées et des scènes de véritable gaieté qui ont été reproduites.

Le sujet, par exemple, qui adore le théâtre, se croit au milieu d'une représentation dans laquelle il joue un rôle. C'est une jeune fille qui a de la mémoire et qui sait chanter ; une fois en période de somnambulisme lucide, elle organise immédiatement une petite représentation, en empruntant à l'assistance une personne qui lui donne la réplique ; une fois qu'elle a préparé ses effets, elle exécute une scène d'un opéra-bouffe à la mode; elle chante les couplets avec une expression bien naturelle et des inflexions de voix très agréables ; la sentimentalité est très expressive dans son jeu.

Dans d'autres circonstances, suivant la nature des substances en action, c'est un autre ordre d'émotions que j'ai pu susciter ; ce sont des scènes de vol, de pillage, d'assassinat, d'évasion. Le même sujet qui, en sa qualité d'hystérique, aime à se repaître d'émotions profondes, a l'habitude de fréquenter les séances des tribunaux et des cours d'assises. Elle a retenu certains récits, elle a fixé dans son esprit un vocabulaire spécial et technique, et on est tout surpris alors de la voir mettre au jour toutes ses réserves de souvenirs accumulés. Elle exécute avec un air des plus convaincus des scènes de vol et d'assassinat pendant la nuit ; elle met la main à la disparition du cadavre ; elle expose les difficultés survenues avec ses complices au moment du partage du butin, puis les angoisses de la poursuite, les émotions de l'évasion et la joie de se retrouver libre en pays étranger, et toutes ces scènes imaginaires se développent avec une conviction réelle, avec un entrain continu, avec des émotions successives d'épouvante et d'inquiétude tellement intenses, que je l'ai vue plusieurs fois terrifiée réellement par son récit, tomber à la renverse comme foudroyée par les émotions autogéniques et repasser *ipso facto* en période léthargique du début.

J'ai obtenu jusqu'ici des réactions semblables chez les mêmes sujets en employant, comme je l'ai indiqué, des substances semblables. Mais il ne faudrait pas cependant en conclure qu'une substance quelconque, qui a suscité chez un sujet des scènes de vol et d'assassinat, soit apte à déterminer, chez un autre sujet ayant d'autres habitudes d'esprit, vivant dans un autre milieu social, des réactions de même nature.

Toutes ces mises en scène, toutes ces réactions varient avec le terrain sur lequel on opère et on peut dire que dans ce domaine spécial des phénomènes hypnotiques, si les manifestations émotives réactionnelles de la phase silencieuse sont à peu près toutes copiées sur un même type, celles au contraire appartenant à la phase loquace sont diverses et polymorphes, en raison du genre de vie et des habitudes du sujet en expérience.

Voici, maintenant, encore une autre série de phénomènes non moins intéressants que les précédents et qui sont destinés à donner une idée de la délicatesse extrême des forces mises en jeu dans ces opérations et du degré de la sensibilité réactionnelle auquel est arrivé l'organisme humain.

Tant que le sujet est en scène, tant qu'il parle, récite un rôle, il constitue son personnage avec le même entrain, sans la moindre interruption, c'est le tube stimulateur qui l'actionne et le soutient, comme les particules de limaille de fer, par exemple, sont tenues agglomérées par l'aimant, dans la sphère d'action duquel elles se trouvent.

La substance stimulatrice incluse dans le tube est le souffle qui donne la vie au sujet, qui le fait vivre passagèrement d'une vie factice et collatérale à la vie réelle, et suscite en lui les réactions les plus surprenantes et les plus imprévues.

Vient-on, par exemple, à interrompre subitement les courants d'incitation qui vont du tube au sujet, vient-on à éloigner tout d'un coup ce tube stimulateur, un changement subit et profond s'opère, incontinent dans son état général ; tout s'interrompt alors comme lorsqu'on arrête le courant actionnant un appareil électro-dynamique. Vous voyez alors le sujet, s'il marche, s'arrêter ; s'il parle, devenir silencieux ; s'il exprime une phrase musicale, interrompre subitement son chant, et en même temps il devient hésitant, incertain dans la station, il ne sait plus s'il doit avancer ou reculer, il est titubant, et si vous n'y prenez garde, si vous n'avez pas la précaution de le soutenir et de l'entourer de vos bras, vous le voyez alors tomber soudain à terre, à la ren-

compter sur les propriétés antiseptiques de l'acétanilide.

Je ne désespère pas cependant que nous puissions trouver par la suite, dans cette série aromatique, un médicament qui soit égal, sinon supérieur, aux bromures.

M. *Germain Sée*. — Je remercie M. Dujardin-Beaumetz de la bienveillance avec laquelle il a accepté les conclusions du mémoire que j'ai eu l'honneur de présenter à la dernière séance. Tout le monde est fixé, aujourd'hui, sur l'efficacité pour ainsi dire constante de l'antipyrine dans les affections douloureuses non seulement de la tête (céphalées, névralgies, migraines), mais encore de quelques autres régions, ainsi que j'espère le démontrer à l'Académie dans la prochaine séance.

Il y a un autre point dont je veux dire un mot, c'est la prétendue immunité de l'acétanilide, à propos de laquelle mon ancien élève et ami M. Lépine a dit: « Si mon maître, M. Germain Sée, avait connu l'acétanilide, il l'aurait employée de préférence à l'antipyrine. » Or, je connaissais l'acétanilide depuis longtemps, mais ce qui m'avait toujours effrayé, ce sont les cyanoses consécutives à son emploi. Je l'ai employé chez des tabétiques, et j'ai constaté qu'une fois sur trois ou quatre, ces malades sont plongés dans une cyanose épouvantable, leur sang est absolument décomposé, il devient couleur chocolat ; l'hémoglobine s'est transformée en méthémoglobine. Je ne suis donc pas de l'avis de M. Beaumetz, et je considère l'acétanilide comme une substance dangereuse.

M. *Dujardin-Beaumetz*. — Il ne faudrait pas que les paroles de M. Germain Sée vous fassent croire que nous tuons nos malades avec l'acétanilide. Nous avons, il est vrai, quelquefois des cyanoses qui effraient l'entourage, mais elles sont sans danger ; si nos malades bleuissent, du moins ils ne souffrent plus, et ils s'en félicitent.

L'antipyrine, du reste, a également des inconvénients ; elle produit des éruptions sur la peau, et les malades deviennent rouges. Il n'y a donc qu'une différence de couleur entre eux et ceux qui sont traités par l'acétanilide. Je crois donc que M. G. Sée a été un peu trop sévère pour cette substance, car elle n'a jamais tué personne. »

Le traitement des cirrhoses du foie (1).

M. *Lancereaux*. — L'étude histologique apprenant que les diverses cirrhoses du foie sont constituées dans le principe par des éléments cellulaires assez semblables, je me suis demandé si l'emploi de l'iodure de potassium ne parviendrait pas à les combattre toutes. Aussi ai-je cru devoir faire usage de cet agent dans la cirrhose impaludique, et il m'a paru avoir de bons résultats ; mais l'hydrothérapie est ici le moyen par excellence. Dans la cirrhose alcoolique, l'emploi prolongé de ce médicament est suivi d'effets encore plus avantageux, mais c'est surtout lorsqu'il est associé à un régime lacté exclusif qu'il est réellement efficace.

(1) Académie de médecine, 30 août.

La rapidité de la guérison et partant de la médication varient nécessairement avec la forme, l'intensité et la période plus ou moins avancée du mal. La cirrhose alcoolique vulgaire, ou cirrhose atrophique, est presque certainement améliorée, sinon guérie par ce traitement ; la cirrhose alcoolique avec augmentation du volume du foie cède moins facilement : celle qui s'accompagne d'ictère plus difficilement encore. Cette dernière même, à une certaine période, quand surtout sa marche est rapide, est généralement impossible à arrêter et tue pour ainsi dire fatalement.

Dans les cas favorables, l'amélioration ne tarde guère à se produire ; elle se manifeste assez ordinairement une quinzaine de jours après le début du traitement. Le temps nécessaire pour obtenir la guérison varie depuis six semaines jusqu'à quatre et cinq mois. Est-ce à dire qu'au bout de ce temps on puisse compter sur une guérison définitive ; nous ne le croyons pas. Non seulement il importe que les malades évitent de boire du vin et de reprendre leurs fâcheuses habitudes, mais il est utile qu'ils prolongent leur cure pendant plusieurs mois s'ils veulent éviter tout retour de leurs accidents.

Pour avoir une idée exacte d'une médication, il faut, avant tout, que cette médication soit simple, qu'un seul agent soit en jeu. Or, dans l'espèce, trois ordres de moyens sont en présence : l'hydrothérapie, l'iodure de potassium et le lait. Ces moyens ont-ils une influence égale? L'hydrothérapie n'ayant pas été employée chez plusieurs de nos malades, il en résulte qu'elle n'est pas indispensable. L'iodure de potassium a une plus grande valeur, mais comme son usage a été constant, il est difficile de porter un jugement certain sur son efficacité ; c'est pourquoi j'en arrive à croire que le régime lacté exclusif joue le rôle le plus important.

Au reste, si l'iodure de potassium peut arrêter le développement des éléments jeunes du tissu conjonctif et s'opposer à leur organisation définitive, le lait fait cesser toute irritation, et par cela même il annihile la cause qui donne naissance à ce tissu et engendre la cirrhose hépatique.

Dans le numéro du 30 juillet, a paru une analyse d'une brochure *que nous avait envoyée son auteur, le Dr Coupard*, sous le titre :Les tumeurs adénoïdes du pharynx et les laryngites striduleuses. Cette brochure était un extrait de la *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 6 septembre.

La commission nommée pour contrôler les expériences de M. Luys sur l'action des médicaments à distance se compose de MM. Charcot, Brouardel, Marey, Gariel et Hérard ce dernier en remplacement du baron Larrey qui a décliné l'honneur de faire partie de la commission en arguant trop modestement d'incompétence.

M. *G. Sée* fait une communication sur *diverses applications thérapeutiques de l'antipyrine et sa comparaison avec l'antifébrine*. Ce n'est plus seule-

ment aux douleurs de tête et aux névalgies faciales que l'antipyrine convient, d'après M. Sée, mais encore aux rhumatismes articulaires aigus et chroniques, à la goutte et à ses paroxysmes, aux douleurs lombaires, dorso-intercostales, aux sciatiques, aux douleurs fulgurantes par névrites des ataxiques, à beaucoup d'autres douleurs viscérales (coliques hépatiques, néphrétiques, gastro-intestinales, utérines), aux douleurs et points de côté cardiaques ; aux anémies douloureuses du cœur, aux accès d'angines de poitrine. C'est toujours sous la forme de une à trois injections hypodermiques de 0 gr. 30 d'antipyrine, et de 1 à 3 et 4 grammes pris à l'intérieur chaque jour pendant un temps suffisant que la guérison survient.

M. G. Sée compare en ces termes l'action de l'antipyrine à celle des autres médications antirhumatismales (salicylate de soude, antifébrine, salol).

« 1° Le salicylate semble présenter une certaine supériorité dans les rhumatismes graves, articulaires, généralisés, fébriles ; mais si le cœur est tombé dans un état d'asthénie ou s'il présentait une débilitation antérieure, un trouble de compensation par suite de lésions valvulaires anciennes, il n'y a pas à hésiter : le salicylate, comme je l'ai établi il y a neuf ans, n'est pas l'ami du cœur, il est le dépresseur de sa force motrice ; dans ces cas, l'antipyrine qui ne produit jamais la moindre perturbation dans l'action contractile du myocarde, offre d'incontestables avantages sur le salicylate.

2° L'antipyrine, par la bénignité, par l'innocuité de ses effets, par la certitude de son action, comparée au salicylate, le dépasse manifestement dans les affections rhumatiques apyrétiques ; on peut en continuer l'usage impunément ; on peut l'employer en injections sous-cutanées, pourvu qu'elles soient faites lentement dans les proportions indiquées, et ce procédé si utile est tout à fait propre à l'antipyrine.

3° L'antifébrine qui a été récemment mise en usage dans toutes les espèces de rhumatismes, n'offre pas d'avantage réel sur l'antipyrine, et ne constitue pas un progrès.

4° Le salol, le dernier venu dans la série, présente une véritable infériorité sur tous les autres moyens antirhumatiques ; ses insuccès ne se comptent plus, et dans ces derniers temps, il est descendu au rôle d'un médicament à pommade antiseptique pour les affections du nez et de la bouche. »

M. G. Sée établit ainsi le bilan de l'antipyrine et de l'antifébrine (acétanilide) à propos des névrites des ataxiques :

« Dujardin-Beaumetz, ainsi que Lépine, les réclament pour l'antifébrine ; je les réclame pour l'antipyrine ; j'ai pour admettre cette préférence, une raison d'ordre physiologique ou toxique, sans laquelle le parallèle pourrait parfaitement se soutenir entre les deux médicaments. Je laisse la parole à Lépine : « Presque constamment, dit-il, on voit déjà au bout d'une heure le sang subir de graves altérations, il devient d'un brun chocolat et se dénature par la production de métahémoglobine dans les globules sanguins, de sorte, que comme l'a prouvé récemment Hénoque, le déficit d'oxy-hémoglobine diminue singulièrement la puissance respiratoire du sang qu'elle dépouille même d'une partie de son oxygène et se trouve incapable d'en absorber à nouveau pendant un certain temps.

Cette considération n'est pas à dédaigner. De plus, par suite sans doute de cet état veineux du sang, la peau, dont les vaisseaux sont d'ailleurs dilatés, prend une coloration livide générale ; cette cyanose ne laisse pas que d'inspirer de la crainte ; il m'est arrivé trois fois de voir une cyanose générale, une lividité de la peau et des muqueuses, chez des ataxiques qui n'avaient jamais dépassé la dose d'un gramme et demi par jour. Je sais bien qu'on considère maintenant cette cyanose avec une grande placidité : mais comme elle résulte d'une véritable décomposition des globules, je n'envisage pas ce phénomène avec le même sang-froid que Dujardin-Beaumetz qui ne craint pas de voir ses malades passer au bleu, et se console en disant que les antipyriques deviennent rouges. En effet, une fois sur douze ou quinze cas, l'antipyrine produit, mais seulement lorsqu'elle est continuée au delà de dix à quinze jours et à forte dose, et surtout chez les femmes, une éruption à forme d'urticaire ou de rash sur les mains et les pieds, qui dure deux à trois jours et disparaît sans laisser de traces, c'est un exanthème médicamenteux comme celui de la quinine.

L'antifébrine ne produit rien de semblable, c'est vrai, mais elle détermine une véritable intoxication du sang, et cela d'une manière presque constante ; le docteur Mabille, qui a traité vingt-deux épileptiques, d'ailleurs, d'une manière infructueuse, par l'antifébrine, a noté la cyanose dans tous les cas ; ce n'est donc pas un incident, c'est un empoisonnement, inévitable au delà de la dose d'un gramme et demi, qui est généralement nécessaire pour calmer les douleurs ataxiques.

M. G. Sée conclut son travail en disant que la médication antipyrinique « constitue pour tous les organes le véritable moyen de calmer leur sensibilité exaltée ; c'est le remède des douleurs et de la douleur. »

M. Gellé lit sur le *rôle des canaux semi-circulaires* un travail qui fait suite à son étude des fonctions du limaçon (Soc. de biologie, 1887).

Il débute par un historique-critique des diverses théories émises depuis Flourens jusqu'à nos jours et montre que l'expérimentation, guide le plus sûr, a donné tout ce qu'on peut attendre, et que les théories métaphysiques ne mènent à rien.

M. Gellé trouve dans l'observation clinique des éléments excellents pour l'étude du rôle des canaux semi-circulaires, et comparables absolument aux faits expérimentaux, les nerfs ampullaires étant seuls en cause dans la production des troubles de la motricité, que leur irritation soit directe ou médiate, expérimentale ou morbide, car il est acquis que la branche cochléenne ne peut être le point de départ des accidents de déséquilibration.

Mais l'observation clinique du vertige auriculaire montre qu'il existe, en plus des troubles moteurs, d'autres phénomènes subjectifs, assurément d'origine cérébrale, et des retentissements viscéraux qui naissent évidemment d'excitations bulbaires. L'auteur en conclut que la seule excitation des canaux semi-circulaires, ou mieux des nerfs ampullaires, née dans le labyrinthe même, d'un ébranlement sonore ou autre transmis par l'oreille moyenne, diverge vers trois centres ou foyers réflexes (raison des trois canaux) : le cervelet d'abord, qui commande tous les accidents de l'équilibre et les impulsions motrices involontaires ; puis, le bulbe, d'où les vomissements, les syncopes, les troubles circulatoires et trophiques ; enfin, le cerveau, seul capable de réagir par les troubles des sensations, de l'intellect, par les images idéo-motrices, les représentations de mouvements ; par

les visions terrifiantes de précipice, des sensations de chute, de précipitation, de rotations vertigineuses, etc. ; et aussi par des troubles vaso-moteurs.

M. Gellé admet que les canaux semi-circulaires ont une fonction connexe de celle de l'ouïe ; il le démontre par l'anatomie de l'organe, par son développement, et par des faits pathologiques et expérimentaux. L'excitation est une, bien auditive, vibratoire et non due au choc de l'otoconie ou de l'endolymphe, etc.

Chemin faisant, l'auteur indique les réflexes cérébelleux qui président à l'accommodation binauriculaire, ainsi que l'épreuve qui sert à les constater (épreuve de la synergie d'accommodation binauriculaire). Enfin, il fait voir le rôle protecteur de ces réflexes d'accommodation nés des crêtes ampullaires (testamina de l'oreille).

Au moyen de faits pathologiques, pour la plupart empruntés à la clinique de la Salpêtrière, M. *Gellé* montre nettement que le rôle des canaux dans l'orientation est nulle ou effacé ; les accidents de la sensibilité générale suffisent à la rendre impossible.

Il en est de même au point de vue de leur rôle dans l'équilibration et dans la notion de la situation de nos membres dans l'espace, que certaines anesthésies générales et du sens musculaire rendent impossibles sans le secours de la vue. On ne saurait donc admettre un sens de l'espace, ni les théories de de Goltz et autres, non plus que les négations absolues de Steiner (de Naples).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Extrait du règlement relatif aux médecins et aux pharmaciens auxiliaires.

Le Ministre de la guerre arrête les dispositions suivantes :

Art. 1er. — Le recensement des officiers de santé, des pharmaciens de 2e classe et des étudiants en médecine possédant douze inscriptions valables pour le doctorat, s'opère d'une manière permanente, au moyen de l'envoi régulier au Ministre de la guerre, par les soins des secrétaires des Facultés, des Écoles supérieures de pharmacie et des Écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie, de bulletins individuels certifiant l'obtention du diplôme pour les officiers de santé et les pharmaciens de 2e classe, et la prise de douze inscriptions pour les étudiants en médecine.

Ces bulletins individuels sont envoyés par le Ministre aux généraux commandant les corps d'armée dans lesquels est situé le domicile desdits officiers de santé, pharmaciens de 2e classe et étudiants en médecine.

Art. 2. — Les généraux commandant les corps d'armée font faire, après constatation de la situation des intéressés au point de vue du recrutement, une enquête relative à leur honorabilité. Les candidats devront fournir un extrait de leur casier judiciaire, qui sera joint au résultat de l'enquête. Les commandants de corps d'armée transmettent aux directeurs du service de santé tous les bulletins individuels précités, moins ceux qui rentrent dans une des catégories visées par l'article 5 ci-après.

Art. 3. — Au moyen de ces documents, les directeurs du service de santé établissent et adressent aux généraux commandant les corps d'armée une liste de propositions pour l'emploi de médecin et de pharmacien auxiliaires, comprenant les officiers de santé, les pharmaciens de 2e classe et les étudiants en médecine possédant douze inscriptions pour le doctorat, ayant subi avec succès l'examen d'aptitude prévu par l'article 2 du décret du 5 juin 1883, modifié par le décret du 23 mars 1887. Sur cette liste, les directeurs proposent l'affectation qui leur paraît devoir être donnée aux candidats en se basant sur leur aptitude.

Art. 4. — Les candidats régulièrement présentés par les directeurs du service de santé sont nommés par les généraux commandant les corps d'armée, qui les affectent, suivant les besoins, soit aux régiments, soit aux sections d'infirmiers. Il ne leur est pas délivré de lettres de nomination.

Lorsque, dans un corps d'armée, tous les emplois de médecin ou de pharmacien auxiliaires sont occupés, les nouveaux promus sont placés à la suite et affectés aux sections d'infirmiers.

Les médecins et pharmaciens auxiliaires ainsi mis à la suite peuvent être, par décision du Ministre, versés dans un autre corps d'armée où le recrutement de ces auxiliaires est insuffisant. Dans ce cas, ils sont, suivant les besoins, affectés aux régiments ou aux sections d'infirmiers.

Art. 5. — Ne peuvent être nommés à l'emploi de médecin ou de pharmacien auxiliaires :

1o Les candidats à qui l'enquête prescrite par l'article 2 ci-dessus a été défavorable ;

2o Ceux qui ont été l'objet d'une des condamnations visées à l'art. 1er du décret du 31 août 1878, portant règlement sur l'état des officiers de réserve et de l'armée territoriale ;

3o Ceux qui ont été déclarés en état de faillite ;

4o Ceux qui ont été exemptés pour infirmités par les conseils de révision ou classés dans les services auxiliaires de l'armée ;

5o Ceux qui, après avoir été reconnus bons pour le service par les conseils de revision, ont été réformés par les commissions spéciales de réforme.

Art. 6. — Les commandants des bureaux de recrutement prennent les mesures nécessaires pour que les officiers de santé, les pharmaciens de 2e classe et les étudiants en médecine qui ont été l'objet de ces nominations soient désaffectés des corps pour lesquels ils avaient été désignés en cas de mobilisation et affectés aux régiments ou à la section à laquelle ils sont rattachés ; ils se font remettre sans retard, par les intéressés, les livrets individuels dont ceux-ci sont porteurs, y inscrivent, d'une manière apparente la mention de nomination et modifient, en conséquence, l'ordre de route. Les livrets individuels sont ensuite rendus aux intéressés.

Lorsque les médecins et pharmaciens auxiliaires de réserve sont affectés à un corps alimenté en réservistes par la subdivision de région où ils sont domiciliés, ils se mobilisent dans les mêmes conditions que les réservistes affectés à ce corps.

Dans tous les autres cas, ils rejoignent directement leur lieu de mobilisation où ils doivent être rendus le jour de la mobilisation. A cet effet, les commandants de bureau de recrutement détermineront eux-mêmes, s'il y a lieu, le jour et l'heure auxquels les intéressés devront se présenter à la gare d'embarquement.

Art. 7. — En temps de paix, les médecins et les pharmaciens auxiliaires sont soumis aux mêmes obligations que les hommes de troupe en ce qui

concerne les changements de domicile et de résidence.

En ce qui concerne les convocations pour les exercices et manœuvres de temps de paix, ils sont soumis aux mêmes obligations que les hommes de leur classe et de leur corps d'affectation.

Art. 8. — Chaque année, du 15 au 30 novembre, les médecins et les pharmaciens auxiliaires qui passent dans l'armée territoriale le 1er juillet suivant doivent déposer leur livret à la mairie ou à la gendarmerie de leur résidence.

Les livrets individuels sont transmis, du 1er au 15 janvier, par la gendarmerie aux commandants des bureaux de recrutement, qui signalent aux généraux commandant les corps d'armée les médecins et pharmaciens auxiliaires appelés à passer dans l'armée territoriale pendant l'année courante.

Il est procédé d'une manière identique pour les médecins et les pharmaciens auxiliaires dont le passage dans l'armée territoriale peut être devancé, par suite d'engagement conditionnel ou de toute autre cause.

Après leur affectation dans l'armée territoriale, les livrets individuels sont rendus aux intéressés.

Art. 9. — Au moment de leur passage dans l'armée territoriale, les médecins et pharmaciens auxiliaires sont, par les soins des généraux commandant les corps d'armée, nommés médecins et pharmaciens auxiliaires de l'armée territoriale, et ils reçoivent, s'il y a lieu, une nouvelle affectation.

Les médecins et pharmaciens de l'armée territoriale auxiliaires, affectés à un corps territorial alimenté par la subdivision de région de leur domicile se mobilisent dans les mêmes conditions que les hommes de ladite subdivision affectés à ce corps. Dans tous les autres cas, ce personnel devra être rendu à sa première destination (corps ou bureau de recrutement) au jour fixé par les soins du général commandant le corps d'armée qui possède ou reçoit les médecins ou pharmaciens auxiliaires.

Les médecins et pharmaciens auxiliaires de l'armée territoriale qui sont en excédent des formations sanitaires de leur région, sont placés à la suite et affectés à la section territoriale d'infirmiers militaires du corps d'armée. Le ministre peut les mettre à la disposition des généraux commandant la région où le recrutement de ce personnel est insuffisant.

Art. 10. — Le médecin ou le pharmacien auxiliaire qui a accompli dans l'armée active, dans la réserve de l'armée active et dans l'armée territoriale, les vingt années de service imposées par la loi sur le recrutement, est rayé de droit.

Art. 11. — Le général commandant le corps d'armée peut, sur le rapport du directeur du service de santé, et dans les conditions déterminées par l'article 125 de l'instruction ministérielle du 28 décembre 1879, retirer leur emploi aux médecins ou pharmaciens auxiliaires. A cet effet, le rapport du commandant de gendarmerie est transmis au directeur du service de santé.

Art. 12. — Les médecins et pharmaciens auxiliaires peuvent, par convenance personnelle, renoncer à l'emploi dont ils ont été pourvus. Ils sont alors tenus d'adresser cette renonciation au directeur du service de santé du corps d'armée auxquels ils ont été affectés.

L'offre de renonciation est conçue dans la forme suivante :

« *Je soussigné (nom, emploi, corps) offre ma démission de l'emploi qui m'a été conféré, par décision (indiquer la date), dans le cadre des médecins (ou pharmaciens) auxiliaires (de la réserve ou de l'armée territoriale). Je déclare, en conséquence, renoncer volontairement et d'une manière absolue aux prérogatives attachées à cet emploi, et me fixer à...., département de....* »

Le directeur du service de santé, en soumettant cette offre de renonciation au général commandant le corps d'armée, lui fait connaître, avec son avis, les motifs invoqués par l'intéressé. Si le général accepte cette renonciation, il en prévient le ministre, le directeur du service de santé et le commandant du bureau de recrutement d'où dépend l'intéressé.

Art. 13. — Ceux à qui leur emploi aurait été retiré seraient considérés comme simples soldats et resteraient soumis aux obligations imposées aux hommes de la classe à laquelle ils appartiennent.

Il en sera de même de ceux qui renonceront volontairement à l'emploi de médecin ou de pharmacien auxiliaire ; toutefois, ces derniers rentreront, s'il y a lieu, en possession du grade qu'ils possédaient avant leur nomination à l'emploi de médecin ou pharmacien auxiliaire.

Art. 14. — Au point de vue de la discipline générale, les médecins et pharmaciens auxiliaires sont soumis à toutes les règles de la hiérarchie. Ils ont dans la hiérarchie militaire la même position que les adjudants élèves d'administration des hôpitaux, et leur pouvoir disciplinaire, réglé d'après leur correspondance de grade, s'exerce dans les mêmes conditions que celui des membres du corps de santé militaire.

Art. 15. — Leur solde est la même que celle des adjudants élèves d'administration des hôpitaux.

Art. 16. — Les médecins et pharmaciens auxiliaires sont autorisés, s'ils s'habillent à leurs frais, à porter la tenue des adjudants sous-officiers des corps auxquels ils sont affectés, ou celle des adjudants élèves d'administration, s'ils sont rattachés à des sections d'infirmiers.

Ceux des médecins et pharmaciens auxiliaires qui, au moment d'un appel, ne posséderont pas d'uniforme, recevront une tenue de sous-officier par les soins et à l'uniforme du corps ou de la section d'affectation, suivant le cas.

Cette tenue se composera d'effets neufs et leur sera délivrée par les soins du corps d'affectation ou de la section d'infirmiers, selon le cas.

L'armement des médecins et pharmaciens auxiliaires comprendra un revolver et, suivant le cas, un sabre d'adjudant ou un sabre de cavalerie légère.

Tous les autres effets, tels que ceux de linge et chaussures, resteront à leur charge.

Par exception aux dispositions précitées, les médecins auxiliaires affectés à des régiments de zouaves ou de tirailleurs, qu'ils soient habillés à leurs frais ou aux frais de l'État, feront usage de la tenue de sous-officiers des sections d'infirmiers militaires.

Art. 17. — Les examens que doivent subir les candidats portent sur les matières suivantes :

Notions sur l'organisation générale de l'armée, la discipline et la hiérarchie militaire ;

Notions sur l'organisation du service de santé à l'intérieur (règlement du 28 décembre 1883) ;

Notions sur l'organisation du service de santé en campagne (règlement du 25 août 1884) ;

Fonctionnement des infirmeries régimentaires, composition des sacs et sacoches d'ambulance, voitures médicales régimentaires.

Infirmiers et brancardiers régimentaires ; postes de secours (manuels de 1882 ; hôpitaux militaires) ;

Secours à donner aux blessés sur les champs de bataille : bandages et appareils improvisés ; relèvement et transport des blessés ; brancards et voitures improvisés ;

Composition et fonctionnement des ambulances et hôpitaux de campagne, hôpitaux d'évacuation, — trains d'évacuation, — infirmeries, convention de Genève.

Art. 18. — Après la prise de la douzième inscription, les étudiants en médecine doivent demander à prendre part à ces examens par une lettre adressée au directeur du service de santé du corps d'armée où ils résident.

Ils font connaître dans cette lettre, d'une manière très précise, leurs nom et prénoms et l'adresse à laquelle la convocation doit leur être adressée par le directeur du service de santé.

Tant qu'ils n'ont pas subi ces examens avec succès, ils ne peuvent être nommés à l'emploi de médecin auxiliaire ; ils conservent leur position militaire antérieure et continuent à faire partie de leurs corps respectifs.

Ceux qui ne demandent pas à prendre part aux examens reçoivent d'office une convocation à leur domicile.

S'ils ne répondent pas à cette convocation, ils ne peuvent prétendre à passer ultérieurement l'examen que s'ils justifient des motifs légitimes les ayant empêchés de se rendre à cette convocation.

L'examen aura lieu chaque année au commencement de décembre.

Afin de préparer les candidats à cet examen, les généraux commandant les corps d'armée pourront, sur la proposition du directeur du service de santé, faire faire chaque année, au mois de décembre, par un médecin militaire, des leçons sur les matières du programme.

Art. 19. — Les examens sont passés devant un jury composé d'un médecin major de Ire classe, président, et de deux médecins-majors de 2e classe.

Ils ont lieu dans chaque ville siège de Faculté ou d'École de médecine.

Les membres du jury sont désignés par MM. les généraux commandant les corps d'armée, sur la proposition des directeurs de service de santé.

Les examens terminés, le président du jury remet à chaque candidat reçu un certificat et adresse aux directeurs du service de santé la liste nominative des candidats admis. Les étudiants en médecine joindront ce certificat à leur demande lorsque, reçus docteurs en médecine, ils se mettront en instance pour être nommés aides-majors de réserve ou de l'armée territoriale.

Art. 20. — Le règlement du 25 mai 1886 relatif aux médecins et aux pharmaciens auxiliaires est abrogé, ainsi que la note ministérielle du 3 août 1886.

Exemple à suivre.

Le *Medical Record* du 25 juin rapporte que le Dr W.-J. Cruikshank, de Brooklyn, a récemment intenté des poursuites à un sieur W. Gordon, pour le fait suivant. Ce dernier était allé chez la mère d'un enfant soigné par le docteur, pour l'engager à faire venir immédiatement un autre médecin, parce que, suivant lui, le Dr Cruikshank n'était pas même capable de soigner un chien malade. Traduit de ce chef devant la Cour suprême, Gordon a été condamné à payer au plaignant la somme de 1,600 dollars, à titre de dommages-intérêts. Ce dernier avait réclamé 50,000 dollars.

Nous trouvons cet arrêt parfaitement juste. On fait et défait la réputation d'un médecin avec la plus grande désinvolture : tout le monde le considère comme de bonne prise et personne ne se rend compte du mal, parfois irréparable, qu'on fait à un médecin par des propos, souvent inconsidérés à la vérité, mais qui n'en sont pas moins fort injustes, et qui le frappent dans son honneur, dans sa dignité et dans ses intérêts. Maintes fois, malheureusement, le public ne fait que répéter ce qu'il a entendu dire par les « excellents » confrères du médecin en cause, et si l'on voulait modifier les dispositions du public à l'égard des médecins, sous ce rapport, il faudrait que ceux-ci donnassent l'exemple.

Dr P. LIEBRECHT.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat médical des Vosges

Compte-rendu de la Réunion Générale du 14 mai 1887.

La première Réunion générale annuelle de l'Association de Prévoyance (Section scientifique) et de l'Association Syndicale des Médecins des Voges a eu lieu le samedi 14 mai 1888, à Épinal, dans la salle du Conseil général (Hôtel de la Préfecture).

MM. les Docteurs Zeller, vice-président de l'Association de Prévoyance, Lardier, président du Syndicat et Lahalle, secrétaire, prennent place au bureau.

Assistent à la réunion : MM. les docteurs Liégeois, Pernet, Legras, Bornèque, Dieterlen, Ancel, Couturier, Mougeot, Fournier, Marchal, Eury, Claudot, Tissier, Daviller, Gaillemin, Frebillot, Thomassin, Champy, Liétard, Ganiez, et enfin Me Maud'heux, conseil judiciaire des deux associations.

Se sont excusés : MM. les docteurs Guyon, Larché, Klée, Weil, Brallet, Grellot, Wittmann, Pommageot, Chavane, Boyer et Greuell.

M. le *docteur Zeller*, le sympathique vice-président de l'Association de Prévoyance, ouvre la séance et constate en quelques paroles bien senties la perte que vient de faire le corps médical vosgien, par la *mort de MM. les docteurs Brongniart*, médecin consultant à Contrexéville, et *Stutel* à Saint-Dié. Ces deux confrères estimés, membres de l'Association de Prévoyance, sont morts l'un et l'autre jeunes et laissent des regrets unanimes. L'assemblée s'associe à l'hommage rendu et couvre d'applaudissements les paroles du Dr Zeller. Le Président salue aussi le Dr Claudot, de Neufchâteau, le fils du regretté confrère qui est resté si longtemps à la tête de l'Association de Prévoyance, et il compte que l'exemple donné par le Dr Claudot sera suivi par nombre de médecins de l'arrondissement de Neufchâteau.

La priorité est donnée à l'ordre du jour de l'Association Syndicale.

1° *Modifications à proposer concernant le service sanitaire.*

Le Dr Lardier propose d'élaborer en commun un *tarif* devant servir de base pour le *règlement des notes d'honoraires* fournies par les confrères au sujet du service sanitaire. Le zélé et infatigable Président du Syndicat a été en effet frappé des différences considérables qui existent dans les prix demandés pour les opérations chirurgicales et les accouchements; les consultations données dans le cabinet des médecins n'ont pas été rémunérées jusqu'ici, on se demande s'il ne serait pas juste d'introduire une exception en faveur des consultations qui réclament des soins spéciaux ou une dépense notable de temps. Les examens au spéculum, à l'ophthalmoscope rentrent dans cette catégorie; le président demande qu'un prix soit établi pour ces sortes de consultations. La réunion partage cet avis, et de nombreux confrères font remarquer qu'il ne s'agit plus dans ces cas de consultations simples, mais de petites opérations et qu'elles doivent être taxées comme telles. Le Dr Lardier est chargé, en outre, de préparer un projet de tarif qui sera soumis aux confrères lors de la réunion de septembre prochain et dont la Commission pourra faire usage pour le règlement des mémoires du service sanitaire.

L'Assemblée examine ensuite la question suivante : *Une commune peut-elle exiger d'un médecin l'inspection gratuite de ses écoles publiques, lorsque cette commune n'a pas adhéré au service sanitaire ?* Le Dr Eury est d'avis que le soin d'inspecter les écoles d'une commune, dans le cas d'épidémie, n'incombe pas aux médecins de la circonscription, mais bien au médecin des épidémies. C'est à ce dernier que la demande du maire devrait être renvoyée, et à plus forte raison si la commune n'a rien fait pour assurer le service d'inspection de ses écoles. Il y a quelques années, avant l'organisation du service départemental de l'assistance, le Préfet des Vosges, sur la demande du ministre de l'Instruction publique, avait créé le service de l'Inspection des Écoles et même les titulaires avaient été nommés, mais aujourd'hui l'ancien ordre de choses n'a plus sa raison d'être, puisque l'inspection rentre dans les attributions des médecins sanitaires.

Le Dr Lardier exprime aussi le désir de voir l'administration préfectorale soumettre chaque année aux médecins délégués les comptes (*recettes et dépenses*) relatifs au service sanitaire, afin que ces derniers puissent donner en toute connaissance de cause leur avis sur les modifications et *améliorations susceptibles d'être réalisées*. Me Maud'heux estime que le service étant départemental, les comptes sont soumis au conseil général et qu'il est facile d'avoir les documents que réclame le docteur Lardier.

2° *La Réglementation hospitalière au point de vue médical.*

Le Président lit le travail qu'il a bien voulu préparer sur la réglementation hospitalière au point de vue médical. Le Dr Zeller propose à l'assemblée de voter des remerciements au Dr Lardier pour ce travail et estime qu'il est impossible d'ores et déjà de voter les conclusions proposées. Cette question mérite toute notre attention et comme le travail du Dr Lardier doit paraître dans le Bulletin, le Dr Zeller croit que la discussion doit être reportée à la prochaine réunion. Chacun de nous, après lecture et réflexion, sera plus à même de présenter son opinion motivée. L'Assemblée décide que ce rapport important sera publié in extenso dans le Bulletin, afin que les membres du Syndicat puissent en prendre connaissance à loisir, et faire des observations s'il y a lieu.

Le Dr Mougeot fait remarquer dès ce moment qu'un médecin salarié ne peut faire partie de la commission administrative de l'hôpital dont il assure le service.

3° *Questions diverses.*

Me Maud'heux, sur la demande de nombreux membres du Syndicat qui voudraient être fixés sur la suite que comporte *l'affaire Marchal*, déclare que le rapport préparé par le Dr Lardier sur la réglementation hospitalière, ce rapport fût-il adressé au Ministre de l'Intérieur, ne saurait faire avancer d'un pas la solution désirée au sujet de la révocation dont a été victime un de nos confrères estimés. Les démarches qui ont pu ou pourraient être faites par le Président de l'Union des Syndicats et les députés des Vosges ne doivent pas aboutir, pour la raison bien simple que le ministre n'a pas été saisi de l'affaire Marchal. Il faut avant tout que le confrère lésé dans ses intérêts et son honneur adresse au ministre compétent son *pourvoi contre la décision prise par le Préfet des Vosges*. Le Dr Marchal se déclare disposé à suivre immédiatement l'avis exprimé par notre Conseil judiciaire et charge Me Maud'heux de préparer la demande par laquelle le Ministre de l'Intérieur sera saisi de cette affaire. Le Syndicat des médecins des Vosges pourra alors appuyer utilement et par tous les moyens en son pouvoir la requête du confrère Marchal.

Le Dr Lardier lit une lettre du confrère Daviller qui signale un accident survenu par suite de l'incurie d'une *sage-femme*. Les cas de ce genre ne se comptent plus et donnent raison aux démarches faites naguère près du Préfet des Vosges à ce sujet. Satisfaction n'a pas été donnée jusqu'ici au corps médical, aussi le Président est chargé de renouveler la demande près de l'administration du département et de lui montrer l'importance qu'il y aurait à ce que les *sages-femmes* restent dans leur rôle. L'usage du seigle ergoté dans les accouchements devrait être interdit, sauf avis préalable d'un médecin.

4° *Admission de membres nouveaux.*

MM. les Drs *Graux, Bouloumié, Parisot, Claudot, Frebillot, Dieterlen, Ganiez, Marchal, Rodet*, ont demandé à faire partie de l'Association Syndicale et sont admis à l'unanimité.

ADHÉSION A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Chancel, à Marseille, présenté par M. le docteur Espanet, de Marseille.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — MM. Charcot, Grancher et Verneuil sont dispensés du service des examens pendant l'année scolaire 1887-1888.

—Un legs de *quarante mille francs* vient d'être fait à l'Académie des sciences, par Mme Foehr. Les arréra-

ges de cette somme devront servir à la fondation d'un prix annuel qui portera le nom de « Prix Dellion ».

Ce prix est destiné à récompenser un travail ou un ouvrage important sur l'art de guérir.

— Un institut de bactériologie vient d'être fondé à Constantinople. Des ordres sont donnés pour que toutes les personnes mordues par des chiens enragés soient rapidement transportées à l'établissement, où elles seront traitées suivant la méthode préventive de Pasteur.

Dissolution de l'Association des élèves en pharmacie d'Alsace-Lorraine.— Par arrêté de M. le Président de la Basse-Alsace, en date du 23 août, l'Association des élèves en pharmacie d'Alsace-Lorraine a été dissoute. Cette décision vient d'être communiquée au comité de l'Association par la direction de police.

D'après la *Post*, de Strasbourg, la dissolution de l'Association des élèves en pharmacie d'Alsace-Lorraine a été motivée par des correspondances trouvées lors des perquisitions faites au commencement de cette année, dans le local de l'association et dans celui de la *Sundgovia* et qui ont fourni les preuves des tendances anti-allemandes de l'Association. L'Association n'entretenait aucun rapport avec les autres sociétés universitaires, la plupart des membres ayant déjà passé leur examen devant la commission d'Etat (*Staatsexamen*); ils étaient tous Alsaciens de naissance, les Vieux-Allemands ne pouvaient être reçus membres de l'Association.

Service médical de nuit a Berlin. — La capitale prussienne possède onze postes de secours (Sanitatwachen) d'un fonctionnement et d'une organisation fort différents. Quelques-uns sont pourvus de deux médecins, d'autres d'un médecin et d'aides médicaux (Heilgehilfen), d'autres, enfin, ne possèdent que des aides médicaux. Un seul de ces postes fonctionne aussi le jour, les dix autres ne font qu'un service de nuit. La plupart donnent des soins et secours dans les cas d'attaques subites de maladie et dans tous les accidents qui ne souffrent aucun retard. Quelques-uns cependant se bornent à faire prévenir le médecin qui doit immédiatement répondre à toute réquisition des malades. On a senti qu'il était temps de donner plus de cohésion et d'uniformité à ces institutions des secours de nuit. Le docteur Pistor, medicinalrath, s'est activement occupé de la question. Son but était de donner à ces postes médicaux une organisation uniforme avec un comité central pour imprimer l'impulsion ; de pourvoir tous les postes de médecins de pansements antiseptiques avec un matériel suffisant de transport pour les blessés (brancards, voitures, etc.).

Mais, pour arriver à ce résultat désirable, il fallait que la ville prît en main la direction et l'administration des postes de secours. Quand la question arriva au Conseil municipal, les avis étaient fort partagés. Les uns trouvaient bon d'abandonner les postes de secours à la charité privée. D'autres opinaient pour l'urgence d'une réforme ou tout au moins le besoin d'une subvention. Ce fut ce moyen terme qui fut adopté. La ville ne consentit pas à se charger des postes de secours, mais elle vota une somme de 10,000 marks (12,500 francs) à répartir entre eux suivant leurs besoins.

(*Union médicale.*)

Consommation de la bière en France. — Jusqu'ici, en France, c'est la ville de Nantes qui consomme le moins de bière : 4 litres par an et par habitant. Viennent ensuite Angers, 5 litres ; Rennes, 6 litres ; Le Mans, Caen, Saint-Etienne, Nîmes, chacun 7 litres ; Bordeaux et Cette, 8 litres ; Lyon et Marseille, 9 litres ; Toulon, Orléans, Montpellier, 10 litres ; Toulouse, Limoges, Clermont-Ferrand, 11 litres ; Paris, 12 litres par habitant, ainsi que Nice, Tours et Troyes ; Rouen et Béziers, 14 litres ; Brest, 16 litres ; Grenoble, 17, litres ; Lorient, 18 ; Versailles, 19 ; Dijon, 20 ; Le Havre, 22 ; Besançon, 26 ; Saint-Denis, 36 ; Reims, 39 ; Nancy, 48 ; Boulogne-sur-Mer, 78 ; Amiens, 100 ; Dunkerque, 115 ; Roubaix, 211 ; Tourcoing, 222 ; Saint-Quentin, 234 ; Saint-Pierre-lès-Calais, 238 ; et enfin Lille, 301.

A Munich, la consommation dépasse pour une année 400 litres par tête !

Renseignements militaires.

Nous rappelons aux intéressés que la Chambre des députés, au cours de la discussion du projet de loi organique militaire, a adopté un amendement de M. le Dr Legludic, député de la Sarthe, relatif au service militaire des médecins, pharmaciens, vétérinaires, étudiants en médecine et élèves en pharmacie.

Voici la rédaction de cet amendement qui est devenu l'article 25 :

« Les étudiants en médecine pourvus de douze inscriptions valables pour le grade de docteur en médecine, les officiers de santé, les élèves en pharmacie qui ont leurs inscriptions de stage et les quatre premières inscriptions d'école et les pharmaciens de 2e classe peuvent accomplir leur service actif dans un corps de troupe ou dans un hôpital militaire en qualité d'infirmiers.

» Les jeunes gens qui sont pourvus du diplôme de docteur en médecine, les internes des hôpitaux nommés au concours, munis de seize inscriptions valables pour le doctorat et attachés à des établissements hospitaliers dans les villes où se trouve une Faculté de Médecine ; les pharmaciens de 1re classe et les vétérinaires diplômés accomplissent leur service actif dans un corps de troupe ou dans un hôpital militaire en qualité d'auxiliaires.

» Si, après une année de présence, ils sont l'objet d'un rapport favorable de leurs chefs et subissent avec succès l'examen dont les matières sont déterminées par le Ministre, ils peuvent être nommés aides-majors de 3e classe de réserve ou aides-vétérinaires de 2e classe de réserve et renvoyés dans leurs foyers. Le nombre des jeunes gens qui jouissent du bénéfice de cette disposition est fixé chaque année par le Ministre de la Guerre.

» Les officiers de santé, les étudiants en médecine et en pharmacie, les pharmaciens de 2e classe peuvent également être renvoyés dans leurs foyers après une année de présence. Toutefois, les étudiants en médecine et en pharmacie seront tenus de justifier de l'obtention du diplôme de docteur en médecine et en pharmacie dans les trois années qui suivront leur retour dans leurs foyers. Sinon, ils seront rappelés comme infirmiers dans les corps de troupe ou les hôpitaux militaires pour y achever les trois années de service actif prescrites par la présente loi. »

Dans la séance suivante, la Chambre des députés a adopté l'article 26 qui est ainsi conçu :

« Par exception, les sursis accordés aux élèves du service de santé militaire et aux élèves militaires des Écoles vétérinaires peuvent être prolongés jusqu'à leur sortie de l'École d'application de médecine militaire et des Écoles vétérinaires. Pendant leur séjour dans ces Écoles, les élèves sont assujettis à la discipline militaire et soumis aux lois et règlements militaires.

» Les élèves du service de santé militaire et les élèves militaires des Écoles vétérinaires contractent, en entrant à l'École, l'engagement de servir dans l'armée active pendant six ans au moins, à dater de leur nomination au grade de médecin aide-major de 3e classe ou d'aide-major vétérinaire de 2e classe.

BIBLIOGRAPHIE

De certaines formes de *Maladies de poitrine* et de leur curabilité par les *Eaux-Bonnes*, par le Dr Cazenave de la Roche.

Un volume : J. B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St André, 3.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

Le Congrès de Washington.

Le congrès international de médecine de Washington a été ouvert le 5 septembre. Son organisation avait donné lieu à bien des tiraillements; la commission primitive, celle qui avait été nommée au congrès de Copenhague et s'était portée caution du désir des médecins américains de recevoir leurs confrères d'Europe, avait donné sa démission pour des raisons assez obscures, si bien que bon nombre de médecins français pouvaient craindre de ne pas trouver de l'autre côté de l'Océan un accueil aussi cordial que celui qu'ils avaient trouvé précédemment en Danemark et à Londres.

Les comptes rendus qui nous parviennent de l'ouverture du congrès (1) nous prouvent que celle-ci s'est passée parfaitement; plusieurs milliers de médecins présents et le comité de réception s'est montré plein de prévenance pour les congressistes.

Le président de la République, M. Cleveland, a présidé lui-même l'ouverture de la séance et souhaité la bienvenue aux hôtes des Etats-Unis.

On a cité quelques traits charmants du discours de M. Bayard, secrétaire d'Etat :

« Par suite du développement des relations internationales, le monde a appris à mieux se connaître; grâce au contact social, l'esprit humain a progressé et la notion de fraternité s'est irrésistiblement répandue à travers les mers et les montagnes. Bientôt le mot *étranger* devra être rayé des vocabulaires ayant cours dans les pays civilisés...

Permettez-moi maintenant une simple requête ; n'oubliez pas l'adage : *Vis medicatrix natura*, et quand vous proposerez des remèdes, amenez autant que possible la science à aider la nature, dont les bons effets se feront sûrement sentir, si on lui permet de défendre le point attaqué.

Je crains d'être un peu sorti de mon rôle; j'aurais pu me borner à répéter le mot de cette vieille dame, dont l'habitation se trouvait près de Waterloo. Etant sourde et entendant le canon tonner, elle crut qu'on frappait à la porte et dit simplement : « Entrez ! » Mais vous, Messieurs, vous n'avez pas besoin de faire autant de bruit que Wellington ou Bonaparte, car je vous assure que le peuple américain vous entendra et vous dira avec moi un cordial : « Entrez ! »

Les délégués étrangers ont pris tour à tour la parole pour remercier; c'étaient MM. Lloyd, pour l'Angleterre ; Le Fort, pour la France ; Unna, pour l'Allemagne ; Semmola, pour l'Italie ; Reyher, pour la Russie.

Enfin, M. Davis, président du Congrès, a mis en lumière la grande utilité de ces réunions scientifiques internationales pour le développement de la médecine comme pour le bien de l'humanité. La grande extension de notre champ d'études et la complexité croissante des questions rendent de plus en plus nécessaire le travail commun. « Pour moi, a-t-il ajouté, je crois qu'aucune autre influence n'a autant contribué aux progrès de la science médicale dans notre siècle que l'organisation des Sociétés médicales... ; mais j'espère voir s'ajouter à chaque Société médicale permanente et s'occupant des questions générales, deux comités permanents aussi : l'un qui serait chargé de faire l'examen critique de tout travail présenté par son auteur comme étant relatif à une présente découverte ; l'autre qui aurait pour mission de trouve

(1) *Semaine médicale.*

les voies à suivre pour augmenter le champ de la science par le concours de plusieurs individus ou Sociétés. »

A nous, partisans si convaincus des bienfaits de l'association sous toutes ses formes, un pareil langage est fait pour plaire.

Les vergetures de la peau du thorax et des membres.

M. Bouchard a fait connaître, il y a une dizaine d'années, la cause des vergetures de la peau qui apparaissent après certaines maladies aiguës longues chez les sujets en voie de croissance, notamment après la fièvre typhoïde. Ces vergetures siègent en général sur les membres au niveau des jointures et tranversalement à l'axe du membre. Elles tiennent à l'impossibilité où se trouve le tégument de s'allonger proportionnellement au squelette, qui, lui, subit une élongation extraordinaire dans certains cas, de 1/2 à 1 millimètre par jour.

M. Gilbert vient d'appeler l'attention (1) sur les vergetures du thorax qui se montrent chez les adolescents après certaines affections pulmonaires et pleurales.

Chez les adolescents, et vraisemblablement chez les gens jeunes, en général, la pneumonie franche, la pneumonie tuberculeuse compliquée de pneumothorax, et sans doute d'autres affections pleuro-pulmonaires, peuvent occasionner l'apparition de vergetures sur la paroi thoracique.

Celles-ci siègent sur le thorax du côté opposé à la lésion pulmonaire ou pleuro-pulmonaire et sont parallèles aux espaces intercostaux. Elles ne sont point le résultat d'un trouble trophique d'origine nerveuse, mais l'effet d'une distension exagérée de la peau et de l'éraillure mécanique de ses parties profondes.

L'on peut supposer que l'âge jeune prédispose aux vergetures parce qu'il comporte une vulnérabilité très grande de la peau, et une dilatabilité extrême de la cage thoracique. L'on doit admettre, selon l'auteur, que les affections pulmonaires et pleuro-pulmonaires les occasionnent et les localisent sur le côté sain du thorax, parce qu'elles immobilisent le côté qu'elles frappent, parce qu'elles entraînent une diminution du champ respiratoire et conséquemment un jeu compensateur du côté sain.

(1) *Archiv. gén. de médecine.*

Chlorhydrate de cocaïne contre le mal de mer

M. F. Regnault (1), interne des hopitaux, nous rappelle que l'emploi de la cocaïne contre le mal de mer a été déjà essayé.

Manasseïn, de St-Pétersbourg, le premier, essaya une solution faible et institua la formule suivante:

Chlorhydrate de cocaïne......	0,15 centigr.
Eau.....	150 grammes.
Alcool éthylique............	95 —

en prendre une cuillerée à café toutes les deux heures.

Il obtint des succès préventifs sur deux passagers, curatifs sur deux autres.

V. Otto emploie au contraire une solution au dixième, dont il fait absorber cinq grammes dans la journée, de façon à ne pas dépasser 0,01 à 0,02 centigr. de cocaïne chaque fois.

Lilienthal l'emploie au 1/500 ou au 1/100 à doses répétées, et Kessler proteste contre ce mode

(1) *Progrès médical.*

FEUILLETON

Question du Surmenage.

Du Devoir, par P. Diday (1).

L'Académie a largement fait son devoir dans la question du surmenage scolaire. Cet exemple d'activité sera-t-il suivi par l'Université ?

En douter serait la méconnaître. Car telle est, si singulière, l'émulation qui règne entre ces deux corps que dans l'allure propre à chacun d'eux, par point d'honneur, celui-ci pourrait bien tenir à marquer *en deçà*, tout l'espace que le premier a franchi *au delà*.

Mais je ne parle ici que du *devoir*, comme terme de collège, c'est-à-dire du travail, de l'exercice donné par le professeur à ses élèves. Le *devoir*, en effet, est le pivot sur lequel roule toute la réforme demandée. Si donc, je viens réclamer pour cet élément essentiel de l'instruction, l'attention qu'il mérite, c'est moins en pédagogue qu'en médecin ; car, un coup d'œil sur le *devoir*, sur le mécanisme usuel de sa confection, va nous découvrir à la fois la réalité du surmenage et les meilleurs moyens de le prévenir.

Le *devoir* est la première œuvre personnelle, le premier travail actif, soutenu, qu'il soit donné à l'enfant d'accomplir. Pour ce jeune cerveau, la simple déclinaison *Rosa, la rose*, l'humble *règle de trois* commande une contention d'esprit aussi puisante qu'en coûteront ensuite les plus abstraites solutions de métaphysique ou d'algèbre.

Attachons-nous donc au spectacle de cet effort naissant ; il est instructif sous plus d'un rapport. D'abord, devoir bien fait suppose leçon bien professée. Puis, en suivant pas à pas les phases et les produits de ce jeune labeur, on aperçoit déjà quels obstacles l'arrêtent, quels sujet l'attirent, partant, quels genres, quelle somme, quelle répétition de conseils seront nécessaires pour le remettre sur le droit chemin. A cette analyse se décèlent plus d'une vocation, mais, hélas ! aussi plus d'une insuffisance native.

Ce point de vue, si judicieusement ouvert par Fayrer, va probablement paraître nouveau, tant est profond notre aveuglement à cet endroit. L'enfant est-il *externe* ? Pour ses parents, plus encore que pour lui, le *devoir* qu'il rapporte à faire est une corvée , corvée qui a le don d'impatienter, disons d'horripiler l'un et les autres, parce qu'elle se met en travers de tout projet, de toute occupation. « Il faut retarder le dîner, ou se coucher à des heures !!!

(1) *Bulletin médical*, 31 août.

de faire, disant que, si la cocaïne prévient le vomissement, cet avantage est largement compensé par la perte d'appétit, l'anorexie, l'inertie des voies digestives.

Monin, enfin, n'obtenant rien avec la potion Manasseïn, essaya la cocaïne en solutions concentrées (60 centigr. pour 100 gr. d'eau). Dans 4 à 5 observations prises dans une courte traversée de 3 heures, il obtint d'excellents résultats.

Fort de ces précédents, M. Regnault essaya, lui aussi, la cocaïne dans un voyage qu'il fit au Brésil. Il n'avait emporté qu'une trop faible quantité du médicament ; néanmoins il a recueilli deux cas de mal de mer dans lesquels l'administration de cocaïne à un titre faible (vers 1/1500e et 1/500e) quoique en forte quantité (10 cent., puis 30 cent. de cocaïne), n'a amené aucun résultat ; tandis que la solution forte au dixième, soit en boisson, soit en injection hypodermique, a coupé le mal de mer chez deux sujets ; à cinq reprises différentes, on obtenait la disparition du mal de mer, la possibilité de manger et de digérer sans vomir ; bien mieux, la malade se levait, se promenait et causait. L'effet, il est vrai, n'était pas durable (7 à 8 heures environ).

« Dans les cas de mal de mer intense, continue M. Regnault, la solution concentrée a donc été efficace, et, s'il m'est permis d'exprimer une opinion, l'action de la cocaïne paraît ici être toute locale ; elle anesthésie l'estomac comme elle anesthésierait la peau. D'où la supériorité des solutions concentrées sur les diluées. Ceci ne s'accorderait évidemment pas avec la théorie en vogue, qui admet comme pathogénie du mal de mer l'ébranlement du liquide céphalo-rachidien ; elle justifierait plutôt l'ancienne idée de Kéraudren, qui admettait que le frottement des viscères abdominaux amène les contractions et le spasme de l'estomac.

M. Regnault rapproche de ces faits les cas de vomissements incoercibles (surtout dans la grossesse), guéris par la cocaïne, alors que les autres médicaments restaient vains.

Les injections de cocaïne (10/100) arrêtèrent, dans un cas de grossesse, des vomissements incoercibles contre lesquels avaient échoué les injections de morphine.

Les bactéries de la glace (1).

Dans la revue mensuelle si remarquable que publie M. Du Claux, professeur à la Sorbonne, sous le titre d'*Annales de l'institut Pasteur*, M. de Varigny a rendu compte d'un travail de M. Prudden sur les bactéries de la glace, inséré dans le *New-York Medical Record*.

M. Prudden s'était proposé si la congélation naturelle des eaux de rivière et d'étang, qui servent à alimenter les glacières de New-York purifie ces eaux et tue les microbes pathogènes ou non, qu'elles contiennent normalement. Il procédait de la façon suivante. Après avoir soumis la glace à des lavages répétés qui fondent la couche superficielle et entraînent les bactéries provenant de l'atmosphère, il faisait fondre dans un vase stérilisé un centimètre cube de cette glace, puis ensemençait un milieu nutritif avec un peu de l'eau résultant de la fusion et comptait au bout d'un temps donné le nombre des microbes vivants.

M. Prudden a trouvé que, dans la glace des glacières de New-York, ceux-ci varient de 55.000

(1) 25 août 1887.

Nous aurions été au spectacle, nous aurions bien pu faire un tour..... mais ce maudit *devoir* ! » Et l'écolier, qui, *in petto*, sympathise avec ces unanimes maudissons fort peu dissimulés, bâcle en courant l'ingrate besogne ; le grand frère, en passant, indique le mot, dicte le passage embarrassant : « Et, après tout, conclut-on en chœur, s'il y a des fautes, on les corrigera. Le maître n'est pas là pour autre chose. »

Si du moins le triste scribe sortait de là frais et reposé. Mais du tout ! quelque gâchée qu'ait été sa tâche ainsi conduite, elle l'a harassé. Il ne s'est point instruit, et il est surmené !

L'enfant est-il *interne* ou *demi-pensionnaire ?* Même résultat, quoique de causes toutes différentes. A Rome, nous dit-on, les *Censeurs* avaient le droit « de conseiller, de critiquer et de réprimander chaque citoyen ». Représentant de M. le Censeur, le maître d'étude, de ces trois attributions, n'a guère souci que de la dernière. Il maintient l'ordre, et si vous l'accusiez de s'en tenir là : « A peine, pourrait-il justement répondre, à peine, si je suffis à la tâche. » Et comment en serait-il autrement ? Voici vingt écoliers, assis, serrés, en face de leur *devoir* à faire.

Six ou huit, à bien compter, sont de force à s'en tirer d'eux-mêmes. Le reste, soit douze, dès les premiers pas, aurait besoin d'un éclaircissement, d'un mot qui le mette sur la voie. Ce mot, ses livres ne le lui disent pas ; et s'il le demande au voisin, il attrape *cent lignes* ! Après trois ou quatre essais pareils, — on voit que je le suppose persévérant, — il perd courage. Or, voyez-vous, côte à côte, dix ou douze gamins ne faisant rien que semblant de travailler !

Immobiles, silencieux par ordre, à l'âge où les petites langues et les petites jambes ne demandent qu'à frétiller, ils béniraient toute diversion morale, même laborieuse, qui, en l'absence d'exercice corporel, donnerait un aliment à leur besoin d'action ; mais ceci leur est refusé. Et, phénomène bizarre, au sortir de cette *étude*, l'esprit qui n'a rien fait, ne se sent pas reposé, et le corps qui s'est reposé, se sent alourdi.

Tel est le tableau non pas officiel, mais réel, d'une *étude* au lycée. Si je l'ai tracé avec complaisance, en appuyant sur les traits, ce n'est pas, on va le voir, dans un but de vaine critique.

Une philosophie, quelque peu vague dans sa formule, prophétise que l'humanité se régénérera par la notion du devoir. Avec non moins d'assurance, j affirme qu'un autre *devoir* mieux compris, rédigé différemment, porte en lui le perfectionnement de l'éducation et par suite de notre état social.

En attendant, il aura l'avantage de mettre d'accord les deux camps en lesquels l'Académie s'est divisée dans la question du surmenage scolair

à 1 par centimètre cube selon les provenances, la nature de la glace ; celle de l'Hudson (qui reçoit des égouts de différentes villes) est beaucoup moins pure que celle des étangs ou lacs.

M. Prudden avait constaté, par des recherches antérieures que les diverses bactéries résistent très inégalement à la congélation. Il en est, comme le bacillus prodigiosus, ou le proteus vulgaris, qui disparaissent assez rapidement après la congélation, d'autres qui résistent assez longtemps, comme le staphylococcus pyogenes aureus. Malheureusement le bacille de la fièvre typhoïde résiste bien : on en a trouvé encore 7,000 par cent. cube après 103 jours de congélation.

Un fait très intéressant, c'est que des congélations successives, séparées par des intervalles de décongélation, sont beaucoup plus rapidement mortelles pour les bactéries qu'une congélation unique, continue.

En résumé, le travail de M. Prudden prouve que la congélation naturelle, même prolongée, ne tue que rarement tous les microbes de l'eau ; elle en diminue seulement le nombre, et cela ne les empêche pas de proliférer dès que le dégel le leur permet.

Au point de vue hygiènique, l'emploi de la glace artificielle faite avec l'eau distillée devrait être substitué à celui de la glace naturelle, au moins de celle qui est recueillie dans les rivières et étangs avoisinant les villes.

QUINZAINE CHIRURGICALE

Traitement des Pseudarthroses par la suture métallique osseuse à fil perdu (1).

Un corps étranger, un fil métallique parfaitement aseptiques peuvent, sans aucun inconvénient, rester enclavés dans les tissus ; de nombreuses expériences l'ont montré. Le procédé que M. le Docteur Berger a employé dans le traitement de deux cas de pseudarthrose du fémur s'appuie sur ce principe. Il avait été frappé des insuccès fréquents dans le traitement des pseudarthroses par la résection et la suture osseuse et reconnaissait que ces insuccès sont dus le plus souvent à la suppuration du foyer de résection ; suppuration qui était due à un fil de suture sortant de la plaie et quelquefois aussi aux difficultés que l'on éprouvait pour les enlever. Aussi il adopta la méthode suivante qui lui a donné deux succès remarquables. Après avoir taillé les fragments en V saillant et V rentrant, il passa au travers un fil métallique de platine très fort, doublé sur lui-même et parfaitement stérilisé ; les fils furent tordus et coupés au ras de l'os. Puis, à l'aide d'un polissoir, il les martela et les égalisa de façon à ne pas laisser subsister d'aspérités trop considérables. Après quoi ils furent recouverts exactement avec le périoste décollé. Le membre fut aussitôt placé dans un appareil plâtré et la guérison se fit assez régulièrement. L'un des opérés a guéri sans suppuration, l'autre a eu un peu de suppuration du foyer opératoire, et il a éliminé un petit séquestre et un fil de suture. Néanmoins chez tous les deux la consolida-

(1). Académie de médecine, 9 août 1887.

En effet, ce surmenage existe, et ses effets nocifs ne sont pas contestés. De tous les points, la sollicitude publique, éveillée par le retentissement du débat académique, nous envoie des documents précis, confirmatifs des révélations dont M. Lagneau a pris la généreuse initiative.

Mais, répond l'autre parti, ceux des enfants chez qui ont éclaté les accidents que vous attribuez au surmenage, n'y étaient-ils pas prédisposés par quelque vice héréditaire latent, par une infériorité constitutionnelle ? En tout cas, parce que, originellement ou non, certains enfants sont incapables de faire leurs classes, est-il logique « de demander que, pour tous, on abaisse le niveau des études classiques, et qu'ainsi l'on rende presque impossible, même pour ceux qui n'en ont jamais souffert et n'en souffriront jamais, la haute culture intellectuelle si nécessaire surtout aux médecins ? » (1)

Cette dernière considération offre une justesse et une importance telles qu'il n'y a pas à l'éluder. Dans l'intérêt bien entendu non seulement des études scolaires, mais aussi de l'avenir du pays, il est urgent d'aviser, car il y a ici, d'une part, un programme de haut enseignement à maintenir, et d'autre part, une classe de sujets à écarter de cet enseignement. Or, qui fera cette élimination ? Pas les parents, certes. Ajoutons qu'ils ne l'accepteront que si elle est édictée par un arbitre désintéressé et prononcée d'après des documents irrécusables.

Le besoin de faire quelque chose en ce sens étant admis, veut-on me permettre de légiférer ?... Je donne mon plan avec d'autant plus de confiance que, entre autres avantages, il aurait celui de ne pas mettre un seul fonctionnaire de plus à la charge du budget de l'Instruction publique.

Avant la rentrée des classes, il serait adressé à tous les maîtres d'étude une instruction dont voici les lignes principales :

« Informer les élèves par des déclarations itératives et très intelligibles, que vous êtes à leur disposition pour leur donner les explications qu'ils désireront sur la rédaction de leur devoir ;

« Deux ou trois fois, surtout au commencement de chaque étude, faire une tournée dans la classe, pour *offrir* vous-même ces explications aux élèves dont la contenance, les regards, l'inaction, etc., vous feraient présumer qu'ils en ont besoin. »

(*A suivre.*)

(1) *Gazette hebdomadaire*, 5 août 1887.

tion est complète depuis plus d'un an et la marche est très bonne.

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE

Les vacances de la Société de chirurgie nous permettent de rendre compte des faits intéressants qui ont été signalés par nos confrères d'Outre-Manche dans la 55e session de leur association.

Traitement des abcès froids par l'irrigation antiseptique.

Hamilton emploie depuis quelque temps cette méthode ; il traverse l'abcès de part en part, dans son plus grand diamètre, avec un trocart courbe, puis y introduit un tube de caoutchouc percé d'un trou qui répond à la partie moyenne de la poche. Le bout supérieur du tube communique avec un réservoir muni d'un robinet et contenant une solution de chlorure de zinc à 2 ou 3 pour 100. Le robinet légèrement ouvert permet un écoulement très lent du liquide antiseptique qui baigne constamment la poche de l'abcès et s'écoule par l'orifice inférieur du tube en entraînant des grumeaux membraneux provenant de la paroi de l'abcès. Au bout de 7 à 8 jours d'irrigation, on supprime le tube et on se contente d'injecter un peu de chlorure de zinc dans la cavité de l'abcès à chaque pansement. La guérison survient très rapidement.

De la Cure radicale des hernies.

Les trois chirurgiens qui ont pris la parole sur ce sujet ont donné chacun leur façon d'opérer ; il est intéressant de les comparer et de voir en quoi elles diffèrent des principes que nous avons énoncés, il y a quelque temps, sur le même sujet. *Mitchell Banks* (de Liverpool) considère que la cure radicale est indiquée toutes les fois que le bandage ne donne pas une contention suffisante et que la hernie produit des accidents sérieux. On peut s'en abstenir chez les enfants quand ils ont un bon bandage bien surveillé par des parents intelligents. On doit la faire comme mesure de précaution, dans les petites hernies crurales avec épiploon adhérent, car elles sont un danger permanent pour les malades. Banks, après avoir attiré le sac fortement en bas, le lie aussi haut que possible, puis suture les piliers au fil d'argent. Dans la hernie crurale, il ne fait aucune tentative pour fermer l'orifice ; dans l'ombilicale, il se sert du sac pour former un coussinet obturateur destiné à boucher l'orifice.

Mac Ewen (de Glascow) décolle le plus haut possible le péritoine au niveau du col et du sac, puis il forme avec ce sac un bourrelet qu'il fixe dans l'orifice interne du canal à l'aide de points de fil de soie ; par-dessus il suture l'orifice herniaire.

Bale (de Dublin), après avoir aussi libéré le plus possible la partie supérieure du sac, le tord fortement à l'aide d'une pince en lui faisant exécuter quatre ou cinq tours sur lui-même, puis il applique une ligature et fait la suture des piliers en prenant le sac tordu dans cette suture.

Tous ces chirurgiens disent avoir obtenu de très bons résultats de leurs méthodes, mais on ne sait combien ils ont eu de guérisons complètes sans pointe de hernie. Tous ont un procédé de traitement du sac herniaire que nous ne pouvons approuver. M. Lucas-Championnière a démontré que la plupart des récidives tenaient à ce que le péritoine formait un petit infundibulum au niveau de l'orifice herniaire, si l'on n'avait pas la précaution de lier le sac le plus haut possible après l'avoir abaissé fortement. Aussi la formation d'un coussinet, d'un bouchon, avec le sac ou la torsion de celui-ci nous semblent des manœuvres défectueuses, car elles ne peuvent que favoriser la reproduction de la hernie. Le Dr Banks laisse béant l'orifice des hernies crurales ; nous avons dit il y a quelque temps qu'on pouvait l'oblitérer avec les lambeaux de tissu cellulaire cruenté et d'aponévrose et quelques points perdus de catgut. Nous avons deux fois agi de la sorte et nous avons eu de très bons résultats.

Complications éloignées de la thyroïdectomie.

M. *Kocher* (de Berne), qui a pratiqué près de 300 opérations sur le corps thyroïde, fait à ce sujet quelques remarques intéressantes. Il admet avec Reverdin, Fagge et Gull que la *cachexie strumiprive* et le *myxœdème opératoire* sont des affections identiques dues à l'abolition des fonctions du corps thyroïde. Tous les opérés qui ont subi la thyroïdectomie totale (il y en a 27) sont morts et voient évoluer graduellement cet état cachectique particulier. L'ablation totale de la glande sur des animaux produit les mêmes phénomènes. Il faut admettre, en présence de ces faits, que le corps thyroïde excrète ou modifie une substance nuisible dont l'accumulation dans le sang agit sur le système nerveux et produit ainsi les symptômes de la cachexie. D'ailleurs, Langerhans a trouvé dans un cas des altérations des nerfs périphériques. Pour remédier à ces accidents, Kocher a renoncé à l'extirpation totale ; quand il a à opérer un goître volumineux avec symptômes urgents, il pratique l'excision totale d'un lobe, mais du côté opposé il fait l'énucléation qui permet de conserver une portion suffisante de corps thyroïde pour prévenir tous les symptômes morbides consécutifs. En un mot, il faut toujours se rappeler que l'énucléation partielle du corps thyroïde est une bonne opération, mais que l'ablation totale est toujours suivie de myxœdème ; cette dernière est par conséquent une opération condamnable.

Traitement des fractures de la rotule

Cameron (de Glascow) traite couramment les fractures récentes de la rotule par l'incision et la suture osseuse. Sur cinq cas qu'il a traités ainsi, une seule fois il a eu un abcès articulaire qui a laissé une certaine raideur. C'est aussi par l'incision et la suture osseuse qu'il traite les fractures anciennes avec cal fibreux.

Quelquefois on éprouve de grandes difficultés à rapprocher les deux fragments ; alors il propose de faire la section sous-cutanée du muscle triceps un

peu au-dessus de la base de la rotule. Cette section se fait en deux fois : d'un côté on suture sur la moitié du muscle, de l'autre un peu au-dessus l'autre moitié. Le muscle triceps peut alors s'allonger et on rapproche facilement les fragments l'un de l'autre. Cameron a opéré sept malades de cette façon, il n'a eu aucun accident. MM. Keelty, Gowans, Mac-Ewen partagent la doctrine que nous venons d'exposer et opèrent sans distinction par la méthode sanglante les fractures de la rotule tant anciennes que récentes. MM. Stockes, Robion et Barkes considèrent que l'arthrotomie et la suture ne sont indiquées que dans les fractures anciennes et dans les fractures récentes compliquées d'ouverture de l'articulation. Les appareils contentifs, au besoin l'aspiration des liquides articulaires sont suffisants pour obtenir une bonne consolidation. Nous avons vu, il y a quelque temps, que grâce à la nouvelle griffe de M. Duplay on obtenait des résultats irréprochables. Nos confrères d'Outre-Manche semblent complètement l'ignorer.

De la Colotomie.

La colotomie inguinale semble revenir beaucoup en faveur près d'un grand nombre de chirurgiens. Allingham la préfère définitivement à la colotomie lombaire. Il fait ainsi l'opération : incision de 5 centimètres parallèle à l'arcade de Fallope et divisant toutes les parties jusqu'au péritoine. Incision du péritoine et immédiatement suture de celui-ci à la peau.— Recherche de l'S iliaque que l'on attire dans la plaie de façon à lui faire faire un coude très prononcé. — On ouvre alors l'intestin immédiatement, ou deux ou trois jours après, suivant que le cas est plus ou moins pressé. Spencer-Wells recommande la colotomie lombaire droite, elle est facile à pratiquer et l'intestin est plus superficiel qu'à gauche. Backer et Robson sont partisans de l'opération au pli de l'aine. Malheureusement ces communications n'indiquent point la fréquence du prolapsus consécutif.

Sur un point particulier de la Cholécystotomie

Quand un calcul est solidement enclavé dans le canal cystique, il ne faut pas chercher à l'enlever par des manœuvres violentes. Taylor (de Birmingham), dans un cas semblable, se contenta d'introduire jusqu'au contact du calcul un tube à drainage le plus gros possible. Puis, tous les jours, il poussait, soir et matin, une injection d'eau tiède par le tube comme on le fait pour déloger les corps étrangers de l'oreille. Seize jours après l'opération, le calcul, ramolli et mobile, pouvait s'enlever très facilement.

Trépanation dans les cas d'abcès du cerveau d'origine auriculaire.

On sait que dans un certain nombre de cas de carie du rocher ou d'inflammation suppurative diffuse de l'apophyse mastoïde, il se forme dans le lobe temporo-sphénoïdal un abcès qui entraîne presque fatalement la mort. Le trépanation est alors indiquée. Whesler (de Dublin) propose, comme lieu d'élection, d'appliquer le trépan à la hauteur du conduit auditif externe, en avant d'une ligne qui diviserait verticalement l'apophyse mastoïde en deux régions égales. Ce point répond aux cellules mastoïdiennes et au lobe temporo-sphénoïdal sans intéresser le sinus latéral. Le point indiqué par Wheeler est d'ailleurs connu depuis longtemps. Sur 16 malades atteints d'abcès cérébraux et qu'il a traités par la trépanation, on relève 14 guérisons et deux morts.

Pratt, sur huit cas, a eu six guérisons et deux morts.

Traitement du tétanos.

Austin Meldon (de Dublin) publie une curieuse statistique sur le traitement du tétanos par divers moyens thérapeutiques; il a réuni dans cette statistique 937 cas qui se décomposent ainsi :

Traitement par	Nombre de cas	Guéris	Morts
Chloral	370	83	287
Curare	135	13	102
Nicotine	60	3	57
Opium	96	4	92
Ciguë	21	3	18
Cannabis indica	76	12	64
Bromures	28	2	26
Alcool	103	25	78

Ayant, dans un cas très-grave, guéri son malade avec un mélange d'hyoscyamine, de belladone et de ciguë, il a adopté cette méthode de traitement qu'il croit supérieure aux précédentes : sur 17 cas où il l'a employée, il a obtenu 13 guérisons et 4 morts.

Dr Barette.

MÉDECINE PRATIQUE

Les amygdalites infectieuses.

Dès 1880, M. le professeur Ch. Bouchard enseignait que l'amygdalite aiguë, l'angine tonsillaire simple doit être considérée comme une maladie infectieuse. Il appuyait cette opinion sur sept observations. Quatre fois il avait vu l'amygdalite s'accompagner de néphrite infectieuse, l'urine charriant des bactéries bacillaires. Dans un cas, la néphrite, qui avait paru guérir en même temps que l'amygdalite, récidivait seule au bout d'une douzaine de jours ; cette fois des accidents typhoïdes se montraient et amenaient la mort.

Dans un autre cas où la néphrite s'était montrée huit jours après le début de l'amygdalite, elle devint chronique.

M. Bouchard vit un père et une fille, atteints simultanément d'angine, présenter l'un et l'autre une albuminurie passagère avec bactéries dans l'urine.

Il a cité deux observations dans lesquelles, au déclin d'angines tonsillaires aiguës, apparut du pseudo-rhumatisme occupant surtout les jointures des doigts et intéressant surtout les tissus fibreux péri-

articulaires. Dans un cas d'amygdalite phlegmoneuse, M. Bouchard a constaté dans le pus, dès l'ouverture de l'abcès amygdalien, une énorme quantité de bactéries bacillaires courtes et très minces.

Sans doute on ne peut nier que l'action du froid, de l'humidité ne jouent un rôle dans l'étiologie de l'amygdalite ; mais c'est un rôle semblable à celui qu'il est légitime de lui attribuer dans la pneumonie. Le froid crée l'opportunité morbide qui permet aux microbes qui sont charriés par les liquides de la bouche, que la salive ou l'air ont déposés sur les amygdales, d'envahir les cryptes, de pénétrer plus profondément et d'aller infecter l'organisme.

Si l'organisme est en mauvais état déjà, si le malade est un surmené, un mal nourri, un alcoolique, l'infection aura plus de prise sur lui. Chez de tels sujets on voit survenir les formes dans lesquelles l'état infectieux est si accusé que tout médecin, même peu favorable aux idées parasitaires, sera obligé de reconnaître la maladie générale.

M. Dubousquet-Laborderie (de St-Ouen) a insisté récemment (1) sur les allures peu rassurantes des amygdalites qui évoluent ainsi. Des frissons, une fièvre violente, l'anorexie et la céphalée ouvrent la scène comme dans toute amygdalite aiguë; mais, en outre, le malade accuse une courbature extrême, quelquefois un lumbago insupportable ; la déglutition est douloureuse, le pharynx hyperesthésié, et pourtant on ne trouve que de la rougeur et du gonflement de la muqueuse, point d'exsudat ni herpétique, ni diphthéritique. Cependant il existe un engorgement plus ou moins considérable des ganglions sous-maxillaires. Des complications analogues à celles des maladies les plus sûrement infectieuses peuvent se montrer: symptômes typhoïdes, vomissements, diarrhée fétide, albuminurie avec débris épithéliaux et bactéries dans l'urine, arthropathies pseudo-rhumatismales, jusqu'à l'orchite et à l'ovarite que Joal a signalées, comme on les voit dans les oreillons.

Voici une observation bien curieuse recueillie par M. le professeur Henrot (de Reims) qui fut tour à tour spectateur et acteur ou victime dans le drame pathologique. Elle se trouve dans le mémoire si intéressant de Dubousquet-Laborderie.

« M. le docteur H. Henrot est appelé, le 1er mai 1886, auprès d'un client qui avait passé trois ou quatre jours à Paris où il s'était surmené pour ses affaires. En wagon, il sent un léger courant d'air et, le soir, en rentrant chez lui, il est pris d'une vive douleur dans la gorge qui l'empêche de dormir. Au moment de cette première visite, qui a lieu le matin, il n'y a que de la rougeur du pilier et de l'amygdale gauche. Depuis quelque temps le malade s'occupait de choses sérieuses et il était devenu nerveux et impressionnable, si bien que la douleur accusée paraît exagérée, car la rougeur est peu intense et peu étendue. Le soir il y a de l'œdème de la luette. Le 2 mai, la luette est immense, grosse comme le pouce, sans gonflement notable des autres parties de la bouche. Il est difficile de s'expliquer un œdème aussi considérable. Pas de tuméfaction au-dessous du maxilliaire. Dans la soirée du 2 mai, la luette s'est encore allongée et se replie sur la langue, elle a les dimensions du petit doigt. Le 3 mai, la déglutition d'une goutte d'eau est impossible. La langue est si tuméfiée à sa base que l'exploration devient impossible. La respiration est encore libre par la glotte. On ne sent aucune fluctuation. Le 4 mai au matin, la langue ne tient plus dans la bouche, fait hernie à travers les vides des dents et dépasse les arcades. Le soir tuméfaction générale du cou. A minuit, M. le professeur Verneuil arrive. Depuis le matin tous les tissus sont œdémateux, le plancher de la bouche a quadruplé d'épaisseur, la mâchoire inférieure est immobilisée, pas de tirage. M. Verneuil, après avoir recherché la cause de cette singulière maladie sans avoir pu rien saisir de précis, fait avec beaucoup de résolution et d'habileté de profondes incisions au thermo-cautère. Le tissu est résistant, lardacé, pas de pus. Le 5 mai au matin le malade est un peu soulagé. Constipation opiniâtre, fort peu d'urine depuis le début de la maladie, adynamie profonde. Il semble y avoir détente générale et l'intelligence est intacte. A trois heures dans la journée, on fait rappeler M. Henrot qui trouve le malade en plein subdélirium auquel succède le coma, et le 6 mai, à 8 heures du matin, le patient succombe.

Au point de vue clinique, il manque l'analyse de l'urine et l'examen au microscope, mais le complément de cette observation constitue une sorte d'expérimentation, comme le dit M. Henrot. Dans le principe, MM. Henrot et Verneuil avaient pensé à un œdème charbonneux dû à des poussières charbonneuses ayant pénétré dans une gorge granuleuse. Mais ce cas a, continue M. Dubousquet-Laborderie, de grandes analogies avec plusieurs de mes observations, l'une d'entre elles surtout, incomplète malheureusement, parce que je n'ai vu le malade qu'une fois et que je n'ai pu recueillir tous les renseignements désirables. Il s'agissait d'un homme de quarante ans, sujet aux maux de gorge, qui fut pris subitement d'une violente douleur dans la gorge avec gonflement énorme des amygdales, de la luette, de la langue, des tissus sous-maxillaires et qui mourut trois jours après d'infection inconnue sans avoir présenté aucun produit diphthéritique dans la bouche, ce qui me fait incliner à penser que, dans le cas de M. Henrot, il s'agit encore d'une intense infection buccale tombant sur un terrain préparé dès longtemps à l'avance et chez qui le froid a été la cause occasionnelle.

Le complément de l'observation de M. le Dr Henrot est des plus curieux.

M. le Dr Henrot est d'une bonne santé habituelle et ne souffre que de quelques granulations pharyngiennes. Le jour de l'opération faite par M. Verneuil, il fit toute la journée un air vif et froid et M. Henrot sentit un peu de sensibilité du côté de la gorge. Dans la journée, il visite quatre ou cinq fois

(1) *Bulletin général de thérapeutique* 1886, et Congrès de Nancy.

le malade, lui donne des soins, respire son haleine fétide, assiste le soir à l'opération et éprouve cinq jours après une violente douleur au pharynx, a des frissons et de la fièvre ; le 12 mai, fièvre intense, grand abattement, prostration extrême, douleur très vive au-dessus de la clavicule gauche au niveau du golfe de la jugulaire. Bientôt cette douleur est accompagnée de tuméfaction semblable à celle de la formation d'un abcès. Le 13, fièvre vive, le gonflement s'étend à la partie latérale du cou. Le 14, la fièvre disparaît, mais l'empâtement persiste. Le 15, le Dr Henrot se lève, garde la chambre trois jours et reprend ses occupations. »

L'amygdalite infectieuse, loin de conférer l'immunité, récidive fréquemment ; elle est de la catégorie de l'érysipèle et non de celle des fièvres éruptives.

L'hypertrophie amygdalienne chronique constitue une prédisposition à contracter fréquemment l'*amygdalite*, car, au lieu de supposer, comme Kannenberg, que la maladie infectieuse se décharge sur les amygdales comme si elles étaient chargées d'éliminer l'agent nuisible, il est plus naturel d'admettre avec Bouchard, Landouzy, Dubousquet-Laborderie, que les amygdales servent d'entrée à l'agent infectieux. Les personnes qui ont le plus souvent mal à la gorge sont des lymphatiques ayant de grosses amygdales, anfractueuses. D'ailleurs, *l'amygdale, par sa structure* lymphoïde *et par* ses rapports intimes avec le système lymphatique, offre une voie de communication facile aux microbes du dehors jusqu'au milieu intérieur.

Des notions précédentes dérivent plusieurs indications au point de vue de la thérapeutique qui doit être antisepsique.

Le traitement local de l'amygdalite doit se proposer de réaliser l'asepsie. Les gargarismes avec l'eau boriquée, des solutions d'acide salicylique, de borate de soude sont utiles. Le gargarisme suivant est formulé souvent par M. Bouchard :

Borate de soude 6 gr. Teinture de benjoin 10 gr. Infusion de feuilles de ronces 250 gr.

M. Coupard préconise des badigeonnages de teinture d'iode pure, grâce auxquels il a plusieurs fois jugulé des amygdalites.

Comme *traitement général* et antiparasitaire, M. Dubousquet-Laborderie recommande la quinine et la résorcine. M. Joal pense que l'émétique est favorable, non seulement parce qu'il décongestionne les amygdales grâce à l'action mécanique du vomissement, mais en produisant une modification générale de l'économie qui neutralise l'influence nocive des microbes.

La *prophylaxie* doit s'inspirer de l'antisepsie. Les sujets qui ont une hypertrophie amygdalienne, surtout de la forme molle, doivent se maintenir la bouche et la gorge aussi aseptiques que possible par l'habitude de gargarismes bi-quotidiens appropriés. Comme les amygdales hypertrophiées, dont les cryptes pleines de débris épithéliaux plus ou moins caséifiés, vrais nids de microbes, sont des points d'appel permanents à l'infection, leur destruction plus ou moins complète par l'ignipuncture, ou tout au moins leur réduction et leur transformation en tissu scléreux s'impose. Agir ainsi, c'est encore faire indirectement de l'antisepsie.

P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Association, syndicat, homœopathes.

On excuse un avocat de perdre sa cause, parce que de deux parties qui soutiennent le pour et le contre, nécessairement l'une doit succomber.

Mais mourir n'est pas, à ce qu'il paraît, aux yeux de certaines gens, une nécessité aussi avérée. Un malade s'éteint-il entre nos mains ? C'est nous qui l'avons tué !

Cette vérité a cours depuis Molière. Et pour que depuis deux siècles, on nous la serve avec le même succès dans la même sauce, il faut bien que la pauvre humanité sente, comme un besoin de se venger sur quelqu'un de n'avoir pas été créée immortelle.

Ecoutez plutôt, à l'occasion des mesures prises par l'Association et par le Syndicat, des médecins du Rhône envers un de leurs membres devenu homœopathe, écoutez en quels termes un journal de Lyon pose la question :

« M. X... dit-il, est homœopathe et guérit ses malades. Double tort aux yeux de ses rigides confrères qui admettent bien qu'on tue, selon la formule allopathique, mais n'admettent pas qu'on soulage l'humanité avec des globules. »

Puissamment déduit, cher journaliste, mais déduit à votre préjudice. Vous touchez justement là du doigt le motif qui militera en faveur de notre décision ; car au nom de quel intérêt M. X... tient-il donc à rester notre associé ? Entre ceux qui tuent et celui qui soulage et guérit, que peut-il y avoir de commun ? Et c'est lui qui se plaint, et c'est nous que vous blâmez de la mesure qui a mis fin à cette promiscuité entre les bourreaux et le sauveur !

M. Sarcey nous accuse tout uniment de vouloir, pour fait d'hétérodoxie, *enlever à M. X... le droit d'exercer* !

Mais si l'on vous demandait là, sur l'heure, à brûle-pourpoint, de dire ce que c'est qu'une Faculté de médecine, une École de médecine, une Société de médecine, une Association médicale, dame, assurément, vous demanderiez le temps de prendre quelques renseignements. Eh bien, si vous les aviez pris avant d'écrire, vous auriez su :

Que le pouvoir d'empêcher un docteur en médecine de pratiquer n'appartient pas à l'Association;

Bien plus, que ce pouvoir n'appartient à personne; que, exclu du sein de ses confrères, et même judiciairement frappé de peines infamantes, rien ne peut détruire le droit qu'un médecin tient de son diplôme.

Une autre confusion commise dans ce débat m'étonne davantage, parce que je la trouve dans un journal de médecine des plus corrects, sous la plume

d'un rédacteur ordinairement mieux renseigné. On sait que le *Syndicat* de l'Association des médecins du Rhône, appelé à se prononcer sur le cas du docteur X..., édicta sa *radiation*, en vertu d'un article introduit dans ses Statuts exprès pour la circonstance.

Saisie ensuite de la question, l'*Association* des médecins du Rhône ne prit ni la même attitude ni la même décision. Elle considéra :

Que, malgré les habitudes de nombre des homœopathes, la méthode homœopathique peut être pratiquée honorablement ;

Que tant qu'on ne l'a pas reconnu coupable de charlatanisme, il serait injuste d'appliquer à un homœopathe une peine qui implique indignité ;

Que, toutefois, si, en principe, on ne doit pas le tenir pour *indigne*, il est licite, autant que naturel, de le déclarer *incompatible*, c'est-à-dire ne devant être ni admis, ni maintenu parmi des confrères unis par un même fond de doctrines et une même entente de l'exercice professionnel.

D'après ces considérants, — à la rédaction desquels j'aime à rappeler la part que j'ai prise, — l'Association des médecins du Rhône, sans prononcer la radiation, statua simplement que tout membre qui introduirait dans sa pratique des procédés homœopathiques *sera considéré, par le fait seul, comme démissionnaire*.

Il n'était pas, ce me semble, inutile en rétablissant les faits, de rendre à chacun la part de responsabilité qu'il a volontairement assumée dans cette affaire.

P. DIDAY.

(*Lyon médical*).

La décision dénuée de franchise de l'*Association* n'est pas plus libérale que celle du *Syndicat*. Nous n'avons jamais approuvé les exclusions basées sur les doctrines des écoles.

A. C.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 septembre.

M. *Brouardel* donne lecture d'un rapport sur l'*Epidémie de suette du Poitou*. Cet important travail mérite une analyse trop étendue pour que nous la puissions insérer aujourd'hui.

M. *Tholozan* lit une note sur la localisation de la peste en Perse, en Russie et en Turquie de 1856 à 1886.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(12 septembre.)

MM. *Prévost* et *Guinet* (de Genève) communiquent des recherches expérimentales sur les *propriétés vomitives du cytise et de la cytisine*.

M. *Tholozan* lit une note qui, avec celle dont l'Académie de médecine a eu communication, complète *l'histoire des invasions, degrés et formes diverses de la peste* au Caucase et en Russie, en Perse et en Turquie depuis 1835.

VARIÉTÉS

De l'enseignement de l'otologie.

L'otologie a pris depuis quelques années dans les sciences médicales une importance qui ne fait que s'accroître. Spécialiste ou non, quel est le médecin qui ne voit très fréquemment à sa consultation quelque enfant atteint d'écoulement chronique de l'oreille, en train de détruire membrane et osselets ; quelque adulte puni par une surdité incurable de n'avoir pas arrêté le mal au début. Qui n'a vu quelque typhique, guéri de sa fièvre, perdre par la suite, faute de soins urgents, le peu de sensibilité qu'avait conservé l'oreille ? Combien d'enfants devenus muets ou idiots auraient pu, soignés à temps, et rationnellement, conserver en même temps que l'ouïe, la parole et l'intelligence ?

Et en face de ces résultats affligeants, permettez-moi d'attirer votre attention sur la pénurie des observations constatant chez les enfants les méningites, suite de carie du temporal. Ces observations semblent très fréquentes à l'étranger ; mais en France elles semblent rares ; c'est qu'on recherche moins vers l'oreille la cause de ces méningites fréquentes et terribles ; et, d'ailleurs, pour les chercher, il faudrait apprendre l'anatomie pathologique de l'oreille et la difficile technique de ces recherches ! Où est le maître qui enseigne cette partie de la science otologique ?

Il faut reconnaître que le jeune médecin qui débute dans la pratique est insuffisamment préparé par ses études au traitement des maladies de l'oreille. Il n'a appris que le peu qu'en disent les ouvrages généraux de pathologie. Mais s'il connaît par la lecture de Duplay et Follin l'infériorité des Français en cette branche, a-t-il quelquefois, même une seule fois, aperçu un tympan au bout de son otoscope ?... Et comment en serait-il autrement lorsque dans aucune de nos écoles, sauf au Val-de-Grâce, dans aucune même de nos Facultés, l'enseignement de l'otologie n'existe officiellement ? Un pareil état de choses n'est pas seulement préjudiciable à l'intérêt commun du malade et du médecin : il constitue encore pour notre pays une infériorité regrettable vis-à-vis des Facultés étrangères.

Vienne a l'honneur, en ce moment, de posséder le premier auriste du monde. J'ai nommé Politzer. Peut-on contester l'importance scientifique de cette brillante phalange des Toynbee, Bertholo, Urbantschich, Lucœ, Delstanche, Hack, Knapp, Masseï, Schrœtter, pour citer au courant de la plume ?

Si l'on pense que la *France possède des hommes* aussi dignes d'enseigner l'otologie, c'est une grande faute de ne pas leur donner de chaire. Il est certain qu'on ne peut sur commande faire produire à une Faculté de médecine, fût-elle celle de Paris, un ouvrage tel que le grand traité de Politzer ; il faut pour cela un laboratoire spécial, une clinique spéciale, de longues études, un homme de premier ordre, et, j'ajouterai : des élèves le formant à l'enseignement ; mais c'est une raison de plus d'encourager ces études si l'on pense que les hommes nous manquent pour la tâche difficile qu'impose la création d'une chaire d'otologie.

On n'a pas voulu, pendant longtemps, reconnaître à l'ophthalmologie le droit à une chaire spéciale ; à quoi est-on arrivé ? A retarder ridiculement une

création utile; de même pour l'art dentaire. Il a bien fallu se dédire, mais on n'a pu réparer tout le retard et la belle part du gâteau reste encore aux Américains dont le seul nom attire la clientèle. Il sera de même bien long de relever l'otologie française du discrédit qui la frappe en ce moment: nous-même avons accepté pour les méthodes, pour es organes, des noms étrangers, et il le fallait bien

L'initiative privée semble de plus en plus vouloir rejeter sur l'administration seule la responsabilité de notre infériorité; au lieu d'une revue bimensuelle nous avons depuis peu deux revues consacrées à la spécialité otologique et chacune paraît tous les mois; à l'école pratique, les cours libres se multiplient, et ils sont suivis; les cliniques libres sont suivies aussi; d'ailleurs, le traitement de ces affections a eu ses débuts en France et ses premiers pas furent brillants.

Par elle-même l'otologie réclame une chaire; mais quelle importance ne prend-elle pas lorsqu'il s'agit d'étudier les maladies des enfants, quels progrès ne réaliserait-elle pas avec des sujets d'études tels que peuvent fournir les hôpitaux où les Parrot, les Grancher, les Besnier, les Fournier ont appelé et appellent, pour les aider dans leurs travaux, des spécialistes, qu'ils reconnaissent nécessaire d'y associer. Ils n'attendent pas qu'on enseigne cette science, pas plus que M. Charcot n'a attendu la création de la chaire d'ophthalmologie pour associer des oculistes à ses recherches. Mais ce seul fait indique l'urgence absolue d'une création qui mettra fin à une situation fâcheuse, car l'enseignement libre manque des autopsies si difficiles à bien conduire pour l'organe de l'ouïe et des mille encouragements et subsides de l'enseignement officiel.

Comme si ce n'était pas assez de voir les grands travaux otologiques signés de noms étrangers, voilà que les fabricants viennois nous envoient leurs catalogues d'instruments spéciaux. Faut-il attendre qu'on nous envoie aussi des professeurs étrangers... Apprendrai-je qu'il en est déjà arrivé, et de la bonne école ?

M. Gouguenheim revient de Vienne; M. Baratoux va revenir du Canada: le gouvernement leur avait donné la mission d'étudier l'enseignement de l'otologie: devons-nous regarder ces missions comme un indice favorable ? S'il en est ainsi, peut-être s'occupera-t-on bientôt de doter chaque établissement de sourds-muets d'un auriste devenu plus nécessaire depuis que l'enseignement par la voix est adopté même en France... Peut-être à la consultation de l'Hôtel-Dieu de Paris trouvera-t-on un laryngoscope, un otoscope pour examiner une oreille, un larynx: j'ai vu chercher ces instruments et ne les pas trouver, et si on les avait trouvés, on n'aurait pu s'en servir, faute de chambre noire, à moins d'emprunter celle de M. Panas, et c'était à l'Hôtel-Dieu de Paris, dans le premier service de chirurgie. En est-il autrement aujourd'hui ?

Dans son récent et remarquable rapport, M. Fournier se plaignait de l'examen imparfait qu'on fait subir aux femmes en province: fait-on mieux pour les oreilles dans les grands hôpitaux de Paris ?

Dr J. COURTOUX.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Association Syndicale des Médecins de la Haute-Saône.

Assemblée générale, à Vesoul, le 1er août 1887.

PRÉSIDENCE DE M. LE DOCTEUR CORNE.

La séance est ouverte à dix heures et demie.

Membres présents: *Chambre syndicale*, MM. Corne, Président; Massin, Vice-Président; Voisard, Trésorier; Maussire, Secrétaire; Gauthier, Guilleminot, Gourdan-Fromentel fils, Richard, Délégués.

Conseil judiciaire de l'Assocation: Grillon, avocat.

MM. Boucon, Clément, Goudot, Signard (arrondissement de Gray); — Billotte, Bitschiné, Chané, Grisey, Groz, Miroudot, Paris, Spindler (arrondissement de Lure); — Blandin, Bontemps, Doillon, Guillaume, Loiselot, Mouchotte, Pitoy, Racine (arrondissement de Vesoul).

Absents (se sont excusés par lettres ou télégrammes): MM. Brunswich, Coillot, Dupont, Gourdan-Fromentel père, de Gray, Gourdan-Fromentel, de Champlitte, Guyot, Letellier, Pinguet, Volette.

Admissions: — MM. Clerc, médecin à Frétigney, qui s'est excusé de ne pouvoir, pour cause majeure, assister à la séance; Henri, docteur-médecin à Saulx; Schurrer, docteur-médecin à Vesoul, demandent à faire partie du Syndicat et sont admis à l'unanimité.

L'Association a perdu deux de ses membres: le docteur Bailly, décédé il y a quelques mois, et le docteur Tisserand, qui quitte le département; deux regrets, deux deuils !

M. le Président lit le rapport suivant:

Messieurs et honorés Confrères,

En prenant possession du siège qu'ont occupé mes distingués prédécesseurs, permettez-moi de vous remercier du grand honneur que vous m'avez fait, et de vous dire combien vos bienveillants témoignages me sont précieux. Ils prouvent aussi que la différence d'origine et des services s'allie avec l'estime réciproque. Nous sommes bien tous de la même famille, frères par l'éducation, par le travail et par le dévouement. Après une longue carrière dans l'armée, j'ai été fier et heureux de reprendre une petite place au milieu de mes compatriotes, et de resserrer effectivement, comme c'était dans mon cœur, des relations de sympathie avec des confrères qui étaient restés rivés à la clientèle de leurs concitoyens. D'ailleurs, la distinction est effacée; de par la loi et les réquisitions, nous sommes tous liés aux mêmes obligations militaires, et quand l'heure sonnera, le Syndicat prouvera une fois de plus son utilité et ses bienfaits: jeunes et vieux, disciplinés par la confraternité, uniront leur activité et leur expérience spéciales au profit de leur propre dignité et pour le soulagement des malades et des blessés.

Je ne vous répéterai pas tous les services déjà acquis et rendus par notre syndicat; cette énumération, dont chacun de vous a conscience, vous a été présentée successivement par mes honorables prédécesseurs. Il m'est cher de signaler à vos remerciements l'activité, la sagacité et le dévouement qu'ils ont déployés sous l'égide de votre appui pour atteindre un ensemble de résultats importants; et,

tout particulièrement, je citerai notre initiateur et infatigable secrétaire, comme aussi notre si distingué et honorable conseil judiciaire, Me Grillon, dont les lumières et l'empressement nous sont si profitables.

Tout à l'heure, vous entendrez la lecture de l'étude qu'il a soumise à nos méditations sur le secret médical, travail complet et condensé sur un sujet inépuisable et insondable. Après les explications et les observations qu'il pourra provoquer, ce compendium abrégé deviendra notre Code de conscience par les règles précises qu'il nous trace.

Relations des Syndicats.

Une ère nouvelle s'épanouit de tous les côtés ; on est frappé du mouvement — c'est la vie, direz-vous — qui pousse, presse et emporte l'espèce humaine vers l'association sous toutes ses formes : Sociétés de toute nature, mutuelles, de secours, d'assurances variées. Dans cette lutte pour la vie, ceux qui restent isolés sous prétexte d'indépendance seront bientôt déçus et frappés dans leurs intérêts. Je ne m'explique pas comment l'indépendance, dans ce qu'elle a d'avouable et de louable, peut être en déchéance et hypothéquée par une adhésion et une participation au Syndicat. Il me semble que l'indépendance, privée de la solidarité, est bien faible et stérile, et que l'union et la cohésion peuvent seules protéger dans chacun les intérêts de tous, et unifier les principes de moralité et les traditions qui distinguent une corporation.

Ce nouvel état de choses, dans l'ordre économique, qui a succédé au même mouvement dans l'ordre matériel et mécanique, est un ennemi surajouté avec lequel il faut sérieusement compter. De ce côté, nombre de vos délibérations ont déjà visé à la défense de nos intérêts professionnels, et elles ont été acceptées par ceux mis en cause. Le Syndicat de la Haute-Saône est assez en avance sur beaucoup d'autres pour qu'on puisse presque dire qu'il est dans la période d'état. Mais chaque année apportera sa tâche ; ne ralentissons pas nos efforts pour résister à la tyrannie des associations.

Dans l'ordre judiciaire, un ennemi avec lequel un traité d'équité sera toujours soumis aux interprétations individuelles ou au baromètre des temps, un ennemi, dis-je, s'est révélé dans les récents procès dont on vous a entretenus : procès Watelet et de Domfront ; discours de Bruno-Lacombe devant la cour de Bordeaux.

Mais déjà luit une aurore meilleure qui devra dissiper en partie nos craintes. Le tribunal civil du Havre n'a pas craint de se prononcer à l'encontre de la cour de cassation, et de juger que « un Syndicat de médecins a qualité pour ester en justice, alors, du moins, qu'une des partie en cause ne s'y est opposée ». Et ce jugement n'a pas été frappé d'appel.

De ce jugement il ressort encore un autre enseignement de jurisprudence au sujet du secret professionnel :

« Voici ce qu'était ce procès. Le docteur Boutan avait refusé de délivrer un certificat énonçant la cause du décès d'un de ses clients, et destiné à être fourni à une Compagnie d'assurances sur la vie. C'était la contrepartie du procès Watelet qui a eu tant de retentissement. Dans le cas présent, on voulait forcer le médecin à violer le secret professionnel ; et si le tribunal correctionnel n'avait donné gain de cause au docteur Boutan, il eût été vraiment curieux de voir le docteur Watelet condamné pour avoir violé le secret médical en défendant la mémoire d'un ami, et le docteur Boutan également condamné pour avoir refusé de violer ce secret.

« Heureusement, il en a été autrement ; et le Syndicat du Havre, qui avait prêté son appui au docteur Boutan, est sorti victorieux du procès. » (Rapport du docteur Chaumier au Syndicat d'Indre-et-Loire.)

La 2e Chambre du tribunal civil de Lyon, dans une contestation d'honoraires, a nommé la Chambre syndicale expert dispensé du serment et chargé de déposer un rapport.

L'émotion qui avait suivi les premiers arrêts tend donc à se dissiper, et la cause des Syndicats médicaux peut être considérée comme gagnée.

Union des Syndicats.

Les Syndicats locaux se sont agrégés par leur union en un faisceau protecteur. Vous ne devez pas regretter d'y avoir adhéré, moyennant une cotisation de 2 francs par membre. Vous avez aussi voté une somme de 50 francs pour contribuer aux frais des procès en cours. C'est la caisse de l'Union qui a soldé les frais du procès de Domfront et du procès Boutan.

Le bureau de l'Union des Syndicats a su vaincre quelques résistances et gagner à notre cause l'Association générale des médecins de France. Comme les Syndicats et l'Union des Syndicats, elle a signé une pétition aux Chambres pour demander la revision de la loi sur les Syndicats. L'accord règne donc dans toute la grande famille, parce que les intérêts et les devoirs sont les mêmes.

Vous avez dû remarquer, d'autre part, que le Syndicat général de toutes les Chambres syndicales de France avait invité les Syndicats médicaux à assister au Congrès de toutes les Chambres syndicales tenu le 17 novembre dernier. C'est un acte de reconnaissance qui consacre notre existence, passée dans les mœurs et les nécessités.

Dans l'ordre administratif, nous sommes non seulement tolérés, mais accueillis dans nos propositions ; on s'éclaire auprès de nos avis ; les grandes Compagnies nous recherchent et réclament parfois notre opinion sur le choix des praticiens auxquels elles confient leurs intérêts.

J'abuserais de votre bienveillante attention en m'étendant davantage sur ce sujet. Nous pouvons dire que les Syndicats médicaux existent virtuellement ; ce n'est pas une fiction, c'est une entité professionnelle qui se porte bien ; ils croissent, se multiplient et s'agrègent depuis que l'ennemi s'est démasqué, depuis que le péril est devenu public. Encore un ou deux procès, et tous les médecins de France seront syndiqués.

L'indifférence et l'isolement, c'est l'abdication ; ce sera bientôt la déchéance et la misère.

Restons groupés, soyons frères pour nous défendre!

Projets de réforme.

Dans le même ordre d'idées, sur un terrain encore plus général et plus élevé, il a été déposé au Parlement trois projets de loi sur l'exercice de la Médecine, dus à l'initiative de trois députés, MM. Chevandier, Colfavru et Dupuis, de Vervins, à l'effet de remplacer une loi aussi surannée que caduque. Aussi, sous la pression de l'opinion publique en faveur de nos revendications si bien exposées dans le Concours médical et dans nos Syndicats, le Gouvernement a, de son côté, déposé un projet sur la même matière. L'appui manifeste de notre cause dans le Sénat et dans la Chambre, la vigilance de l'Union des Syndicats et d'illustres confrères ne laissent au-

cun doute sur une solution, dans un temps peu reculé. D'ailleurs, les projets du Gouvernement survivent à la législature.

Nous assistons donc à une évolution dans les réformes, et, pour être tardive, nous en recueillerons encore les fruits.

Allocation vaccinale.

Je me suis assuré, dans les bureaux de la préfecture, qu'il serait facile d'y mandater directement les allocations vaccinales, et même de les unifier avec celles du service des indigents, les unes et les autres ressortissant à la même comptabilité. Il suffirait d'obtenir une modification au dernier paragraphe de l'article 10 du règlement du 30 novembre 1882, et de fournir à la préfecture un état des vaccinations. Nos honorables confrères qui jouissent d'un crédit mérité dans l'assemblée départementale peuvent directement, par leur initiative ou par celle de M. le préfet, obtenir cette satisfaction à la prochaine session du courant de ce mois.

Loi Roussel.

Fonctionnement. — La loi relative à la protection des enfants du premier âge, et plus particulièrement des nourrissons, du 23 décembre 1874, plusieurs fois déjà a attiré l'attention de l'Assemblée générale au point de vue de son inexécution. Dans la réunion de MM. les délégués et médecins syndiqués de l'arrondissement de Gray en date du 11 juillet dernier, on a demandé, en outre, que la Chambre syndicale examinât la manière dont s'effectue, dans les autres départements, le paiement des visites des médecins, et, subsidiairement, qu'après étude comparative des divers tarifs, elle demandât revision de celui de la Haute-Saône.

Je me suis renseigné à la préfecture et à la mairie de Vesoul sur l'état d'application et d'exécution de cette loi.

C'est en date du 25 janvier 1878 que M. le Préfet a adressé ses instructions détaillées à MM. les Maires, en leur envoyant les textes de la loi et du règlement d'administration publique qui la consacre.

Cette loi est très étendue et très compliquée, le règlement encore plus; il y a une surcharge d'obligations justifiées par l'intérêt de la loi, et dont les médecins ne sont pas privés, bien au contraire. Cela ressemble à la Direction spéciale d'un ministère, munie, *in situ*, de bureaux, d'employés, de nourrices et de nourrissons, fonctionnant à jet continu. Il est facile de comprendre son inobservance sur toute l'étendue de la France, dans tant de communes où le cas de son application se présente accidentellement, et pour beaucoup pas du tout.

Dans notre département, la préfecture a pourvu toutes les mairies des 583 communes de registres et imprimés relatifs à ce service. Je me suis assuré qu'ils existent à la mairie de Vesoul ; j'en ai compté sept, en dehors du carnet de la nourrice. De plus, article 20, à chaque déclaration de naissance, on remet aux parents, à titre de renseignements, un bulletin de ladite déclaration rappelant, d'après l'article 7 de la loi, les obligations qui incombent aux parents qui placent leurs enfants en nourrice ou en sevrage.

Ces prescriptions et ces registres ont fonctionné et fonctionnent à Vesoul d'une manière incomplète et bien des cas ont échappé à l'inscription. Il y a, évidemment, négligence et relâche.

(*A suivre.*)

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES.

Gingivite des femmes enceintes.

Application tous les jours ou tous les deux jours sur le bord libre des gencives d'une solution :

Hydrate de chloral } parties égales.
Alcoolat de cochléaria. }

(PINARD).

Poudre dentifrice préventive de la stomatite mercurielle.

Poudre de quinquina } àà 15 grammes
— cachou... }
Tannin .... 1 gramme.
Essence de menthe. q. s.

Mêlez.

NOUVELLES

— On vient de commencer, rue Crozatier, derrière l'hôpital Saint-Antoine, et rue Staël, entre la rue Lecourbe et la rue de Vaugirard, dans le voisinage de l'hôpital des Enfants-Malades, les travaux de construction des stations de voitures qui seront installées dans ces deux endroits pour le transport des personnes atteintes de maladies contagieuses.

Chacune de ces stations recevra douze voitures qui seront affectées aux maladies suivantes : deux pour la variole, deux pour la diphthérie, deux pour la rougeole, deux pour la scarlatine, deux pour la fièvre typhoïde et les deux dernières aux autres affections, coqueluche, érysipèle, etc.

Les écuries seront construites pour recevoir six chevaux, mais elles n'en renfermeront que deux en temps normal. S'il arrive que l'on manque de chevaux, un cocher de fiacre sera requis dans la rue pour effectuer, avec son cheval, le transport du malade.

Des infirmières, logées dans les hôpitaux voisins, seront attachées à chaque station. Le personnel se composera d'un gardien chef, de deux cochers, dont un marié, pour que sa femme puisse être de service. Ils seront tous logés aux dépôts ou stations et nourris aux frais de la Ville.

La construction de chaque station comprendra un logement pour le gardien chef, deux pour les cochers, une salle de garde, un bureau avec installation téléphonique, une cuisine, un réfectoire, six remises pouvant contenir chacune deux voitures et une écurie pour six chevaux.

Quant aux voitures, elles sont construites de façon à permettre à un infirmier de s'asseoir au chevet du malade.

La préfecture de police conservera la centralisation des demandes de voitures, mais elle devra informer de chaque demande l'administration de l'Assistance publique, qui seule sera en mesure de connaître le nombre des lits disponibles dans chaque hôpital spécial.

(*Semaine médicale.*)

— Mme Furtado-Heine, récemment nommée chevalier de la Légion d'honneur, non contente d'avoir créé à Paris un dispensaire qui porte son nom, vient de faire l'acquisition à Pen-Bron, sur une langue de terre faisant face au Croisic, de divers bâtiments qui seront prochainement aménagés pour un hôpital maritime destiné aux enfants scrofuleux. A cet établissement pouvant recevoir une cinquantaine d'enfants, sera attaché un interne qui aura pour chef de service un médecin de Guérande.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St André 3

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

La section permanente du conseil supérieur et l'élection des professeurs de médecine.

Nous relevons dans le *Lyon médical* une protestation très vive contre l'incompétence de la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique au point de vue de la nomination des professeurs des Facultés de médecine. Voici les circonstances dans lesquelles cette incompétence s'est montrée manifestement. M. Pécholier, professeur agrégé à Montpellier, chargé de cours, très expérimenté au point de vue de l'enseignement, est élu par 10 voix sur 15 votants par les professeurs de cette Faculté et présenté en première ligne. Pourtant le ministre, après avoir consulté la section permanente du conseil supérieur, nomme non M. Pécholier, mais son compétiteur présenté en seconde ligne par la Faculté. Or, le seul médecin qui siège dans cette section permanente était d'avis de respecter le choix de la Faculté, mais « les mathématiciens, lettrés, juristes, chimistes, hauts bureaucrates » en ont décidé autrement. Nous pensons comme notre confrère lyonnais que le choix d'un professeur de médecine ne peut être décidé par d'autres que par des médecins et surtout par ceux qui, ayant vu à l'œuvre les candidats, sont à même de discerner leurs aptitudes.

De l'allaitement par le nez, de son utilisation pour la pratique.

Notre sympathique confrère, le Dr R. Saint-Philippe, médecin de l'hôpital des Enfants de Bordeaux, appelle l'attention sur un procédé très commode, connu, mais auquel on ne songe pas assez souvent pour alimenter les enfants nés prématurément, trop faibles pour téter ou pour boire, ou ceux à qui un bec-de-lièvre, le muguet, une brûlure intense et généralisée, ou toute autre altération rend la succion impossible.

Si, la tête étant fortement penchée en arrière, on verse ou on fait verser une cuillerée d'eau à l'intérieur d'une de ses fosses nasales, dès que cette petite quantité de liquide, qui a glissé sur le plancher alternativement ascendant et descendant de la cavité, arrive à impressionner les organes qui constituent l'isthme du gosier, tout le mécanisme entre en activité comme par le jeu d'une détente et la déglutition s'opère comme à l'état normal, sans qu'il soit habituellement possible d'arrêter le mouvement commencé. Du pharynx, le liquide, par une série de petites déglutitions associées et successives, pénètre dans l'œsophage et, sous l'influence, tant de l'onde péristaltique œsophagienne que des contractions pharyngiennes, descend avec rapidité vers l'estomac. Évidemment, le larynx exécute son mouvement d'ascension, la glotte se resserre, l'épiglotte se renverse ; bref, tout se passe comme dans la déglutition buccale, puisqu'il n'y a jamais de toux convulsive. Quant à la respiration, tantôt elle est complètement suspendue, tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, elle continue, exactement comme à l'état physiologique. Si l'on opère sur les nouveaux-nés, il n'est nullement besoin d'attendre, pour instiller la cuillerée de lait, un mouvement d'inspiration. Le liquide chemine par le seul fait de la pesanteur. Peut-être même provoquerait-on un trouble dans l'opération, si l'on s'attachait à suivre de trop près les oscillations respiratoires.

Donc, l'allaitement par le nez est chose possible. Quant à la technique, elle est des plus élémentaires. L'enfant est tenu *horizontalement* sur les bras, sa tête sur le même plan que ses pieds. Une tierce personne fait sourdre le lait de la nourrice dans une cuiller à café et le lait est versé alternativement dans l'une et l'autre narine. Les séances doivent être au début fréquemment renouvelées ; toutes les heures le jour, toutes les deux ou trois heures la nuit. Pour commencer, trois à quatre cuillerées à café suffiront (de 15 à 20 gr.) ; plus tard, on augmentera peu à peu de façon à arriver à faire prendre au nouveau-né de 50 à 60 grammes à la fois. Il va sans dire qu'il est nécessaire de s'assurer que l'enfant avale bien la quantité de lait ingérée. Enfin, si le lait de la nourrice était un peu âgé, si l'on était obligé d'employer le lait de vache, et s'il se produisait quelques troubles dyspeptiques, on pourrait faire prendre en même temps que chaque cuillerée de lait une cuillerée à café d'eau sucrée tiède.

Après avoir rendu justice aux méthodes de couvage et de gavage usitées à la Maternité de Paris et qui sauvent beaucoop d'enfants nés prématurément, M. Saint-Philippe pense « qu'elles trouveront plus facilement leur application dans les maternités et les hôpitaux, où le personnel intelligent ne fait jamais défaut, que dans la pratique civile, où l'on se heurte à mille difficultés bien connues. Au contraire, *l'allaitement par le nez*, qui est d'un maniement aisé et que l'on peut abandonner à une mercenaire quelconque, y sera d'un usage bien plus courant. Je dirai même, pour être absolument exact, que c'est surtout là — dans la pratique de la clientèle — qu'on aura vraiment des chances de lui voir donner tous ses bénéfices. Vainement je l'ai tenté à l'hôpital. Il demande trop de patience minutieuse et le grand ressort — l'amour maternel — n'est pas là pour stimuler les efforts. Mes essais sont restés sur ce terrain à peu près infructueux, je dois l'avouer.

Quoi qu'il en soit, abondance de biens ne nuit point, et l'on me saura gré peut-être d'avoir apporté, avec un moyen nouveau, ou du moins renouvelé, la preuve qu'on pouvait en dehors *du couvage* et *du gavage* sauver la vie à quelques-uns de nos petits condamnés. En quoi j'espère avoir travaillé au grand problème médical : rapprocher — au point de les confondre — l'époque de la viabilité clinique et réelle de l'époque de la viabilité légale (six mois). Les accoucheurs, aidés des admirables découvertes de l'antisepsie obstétricale, arrachent le plus grand nombre possible de mères à la mort. Le même devoir s'impose aux médecins qui ont en garde entre leurs mains ce que l'on a si justement appelé la nation en fleur : les enfants. »

Une des causes de la gaucherie.

Nous avons signalé, dans un précédent numéro, l'opinion du Dr Galippe sur la question de savoir si la droiterie et la gaucherie sont fonctions de l'éducation ou de l'hérédité.

M. le Dr Feltz (de Saint-Denis) rapporte, dans la *France médicale*, l'observation suivante qui lui semble assez probante pour mettre en évidence une des causes les plus fréquentes de la gaucherie :

« Dans une famille composée de cinq personnes,

FEUILLETON

Les fumeurs d'opium en Chine.

Tel est le titre d'une étude du Docteur H. *Libermann* qui fut attaché au service des ambulances de l'expédition de Chine (1860).

Ce travail intéressant a été revu et augmenté dans sa 2e édition récemment parue à Boulogne-sur-Mer. Nous regrettons de ne pouvoir citer que quelques passages.

La quantité énorme d'opium que fournit, chaque année, le commerce anglais ne suffit pas aux consommateurs. Depuis plusieurs années, on cultive en grand dans les provinces méridionales de la Chine, le *papaver somniferum*, et l'on est arrivé à un produit de bonne qualité, qui n'est fumé cependant que par les consommateurs de la dernière classe. L'opium arrivé en Chine, à l'état brut en pain, ou en boule, les Chinois le réduisent, par la coction, en extrait sirupeux.

« La pipe à opium consiste en un tuyau long de 40 à 50 centimètres environ, en bois ou en métal, quelquefois en jade, selon la condition des fumeurs. La tête de pipe est creuse, de forme ronde ou cylindrique, ordinairement en terre, quelquefois en métal, et porte, à sa partie supérieure, un godet percé d'un petit trou, sur lequel on dépose l'extrait d'opium et qui livre passage à la fumée.

Pour le charger, on se sert d'un stylet de métal, qu'on trempe dans l'extrait ; on en preud 10 ou 15 centigrammes environ, qu'on arrondit et qu'on approche de la flamme d'une lampe jusqu'à ce que la matière se gonfle, puis on la place sur le petit godet que nous avons décrit, et on y met le feu. On aspire la fumée lentement, on l'avale, et on ne la rend qu'après l'avoir conservée le plus longtemps possible. La durée d'une pipe en moyenne, est d'une minute ; vingt à trente aspirations suffisent pour la terminer »

Certains Chinois, qui usent depuis longtemps de l'opium, vont jusqu'au chiffre énorme de deux cents pipes par jour.

A Pékin, il existe, dans presque toutes les rues, quatre ou cinq boutiques d'opium ; on y fume et on y trafique toute la journée, malgré les prohibitions, sans cesse renouvelées, des empereurs.

« Un de ces marchands, que je vis, en passant, dans une de mes promenades à travers la capitale, avait établi son étalage devant une des portes de la ville impériale, sous une grande proclamation placardée sur le mur. Le nombre de curieux, rassemblés en cet endroit, excita ma curiosité ; je m'informai. L'affiche contenait l'édit qui condamne à mort tout homme saisi fumant ou vendant l'opium, et la foule, curieuse à Pékin comme à Paris, admirait le singulier emplacement de ces marchandises prohibées. »

Inès, dans un Mémoire publié en 1836, évaluait à 32 grammes la consommation journalière d'un fumeur. Un écrivain du *Chinese Repertory* (octobre 1837) la limitait à 1 gramme. Le docteur Hobson, à 6 grammes.

Voici le chiffre des quantités d'opium fumées par deux mille Chinois, que nous avons interrogés et observés :

646	consommaient	de 1 à 8	grammes par jour.
1250	—	de 10 à 20	— —
104	—	de 30 à 100	— —

le père et la mère ne sont pas gauchers. L'aîné des enfants, élevé par une nourrice, n'est pas gaucher ; le deuxième enfant a été gaucher dès son plus jeune âge et l'est resté ; il a quinze ans aujourd'hui. Le troisième enfant a été gaucher à l'âge d'un an ; quand on lui présentait un objet, il le saisissait aussitôt de la main gauche. C'est la mère elle-même qui a nourri les deux derniers enfants. Elle était très ennuyée de voir gauchers les deux enfants qu'elle entourait des plus grands soins. Je m'aperçus alors qu'elle portait son petit enfant sur le bras gauche ; à la remarque que je lui en fis, elle me répondit qu'elle avait toujours porté sur le bras gauche les deux enfants qu'elle avait nourris.

Je lui recommandai alors de porter le petit enfant sur le bras droit. Quelques mois après, cet enfant avait complètement perdu l'habitude de se servir de la main gauche, et est tout à fait droitier aujourd'hui qu'il a déjà 10 ans.

Quand la nourrice porte son nourrisson sur le bras gauche, c'est aussi le bras gauche de l'enfant qui est en avant, et c'est de celui-là qu'il se sert ; il deviendra gaucher. Mais, comme 99 nourrices sur 100 portent les enfants sur le bras droit, ces enfants se servent du bras droit qui est en avant pour saisir les objets et ils deviennent droitiers. Il est certain que le plus jeune des enfants de l'observation précédente serait resté gaucher comme le deuxième, si sa mère avait continué à le porter sur le bras gauche.

J'ajouterai, pour finir, qu'il n'y a pas de gauchers dans la famille du père ou de la mère, ni chez les grands-parents, et que l'enfant qui est resté gaucher n'a pas la moindre tare et se porte parfaitement bien sous tous les rapports. »

SUETTE MILIAIRE DU POITOU EN 1887.

Extrait du rapport de M. Brouardel au nom d'une commission composée de MM. Thoinot, Chantemesse, Descout, Demelin, Hontang, Louis, Parmentier, Pozzi, Wallich.

Début. — Première période.

La maladie s'annonce parfois par un embarras gastrique, un malaise général, qui peuvent précéder de quelques jours le début de la suette. Mais le plus souvent, les choses se passent tout autrement. En pleine santé, au milieu de la journée, le malade sent ses jambes se dérober sous lui ; il s'alite avec un malaise, une faiblesse générale très marquée et au milieu de la nuit il est réveillé par des sueurs abondantes. Ce mode de début avec apparition nocturne des premières sueurs est des plus fréquents ; quelquefois, cependant, à peine le malade s'est-il alité qu'il est couvert de sueurs.

Les symptômes majeurs de la première période sont les *sueurs*, la *fièvre* ; un *état de faiblesse, générale* et des *phénomènes nerveux* de diverse nature ;

Les sueurs sont d'abondance très variable ; il est des malades qu'il faut changer de linge jusqu'à dix fois et plus dans la même journée ; chez d'autres, la sudation, quoique très appréciable, est beaucoup moins marquée. Les sueurs sont continues, mais elles affectent un caractère paroxystique très net.

La fièvre est variable avec la gravité du cas. Dans les cas à marche bénigne, la température ne s'élève pas au delà de 38° ; elle monte au contraire à 40° et au delà dans les cas graves d'emblée, et dans ceux où l'allure bénigne se modifie tout à coup pour faire place à une apparence toute différente.

La *faiblesse*, le *malaise* général sont très mar-

Nous pensons qu'un dixième environ de la population mâle et adulte fume l'opium en Chine ;

Quand on voit avec quelle rapidité l'usage de la fumée d'opium s'est répandu en Chine et quelle extension il a pris en moins d'un siècle, on reste confondu, et on se demande quelles sont les causes qui poussent incessamment un peuple intelligent à l'abrutissement physique et moral. La principale est, suivant nous, l'absence de vin et d'alcooliques.

L'habitude de fumer l'opium a commencé dans la classe élevée des oisifs, qui en Chine plus que partout ailleurs a besoin de chercher des excitations factices pour supporter le spleen, ce fléau du riche, parce que dans ce pays, les arts, les sciences, l'amour de l'humanité, tous les nobles stimulants de l'intelligence dans les pays plus favorisés de l'Occident, existent à peine, et, par suite, l'esprit reste forcément engourdi dans l'oisiveté la plus odieuse, quand il n'a plus à lutter avec les difficultés matérielles de la vie. De la classe riche, l'habitude s'est propagée à la classe pauvre, plus misérable en Chine que dans aucune autre contrée de l'Europe, et qui s'est naturellement empressée de chercher, dans l'engourdissement narcotique, l'oubli de ses maux.

Le fumeur d'opium a, en général, la figure d'une pâleur mate et maladive ; les yeux sont caves, entourés d'un cercle bleuâtre.

La pupille est dilatée, le regard a une expression d'idiotie hilariante ; quelque chose de vague et de gai à la fois, tout à fait indéfinissable.

La parole est embarrassée, souvent tremblotante. Ordinairement, le fumeur est silencieux : quand il est sous l'excitation de sa pipe, il devient loquace, sa figure s'anime, ses yeux prennent de l'éclat et de la vivacité ; mais cette transformation n'est que passagère et ne tarde pas à faire place à l'expression d'idiotie habituelle. La figure est maigre ainsi que le corps, les membres sont grêles et sans vigueur, la marche est lente les mouvements incertains, la tête ordinairement baissée ; la démarche ressemble à celle des hommes ivres, elle s'accompagne de claudication, qui indique, un commencement de paralysie des extrémités inférieures.

Le fumeur passe par trois périodes.

La première essentiellement passagère, est la période d'initiation, dans laquelle l'économie, avant de s'habituer à l'opium, lutte contre le narcotique, et où le fumeur ressent des symptômes analogues à ceux que provoque, dans les premiers temps, la fumée de tabac.

La seconde période, dans laquelle l'impression du narcotique produit quelquefois des phénomènes morbides momentanés, accompagnés, chez certains individus, de sensations voluptueuses ou agréables, et toujours d'une excitation factice qui fait rechercher ce dangereux plaisir ; nous l'avons appelée période d'excitation simple, puisque la stimulation du système cérébro-spinal nous en a paru le caractère prédominant, et qu'elle se montre généralement sans complications. Quelquefois cependant, la stimulation, sous l'influence d'un excès d'opium, dépasse la limite physiologique et se traduit par une série de symptômes graves, qui peuvent amener la mort. C'est le *narcotisme aigu*.

La troisième période se caractérise par la désorganisation physique, morale et intellectuelle du fumeur ; c'est alors qu'éclatent toutes les affections dont il avait contracté le germe dans la première période. C'est le *narcotisme chronique*.

« Ma est un homme de cinquante ans, d'une constitution primitivement robuste, d'un tempérament lymphatique ; il tient un magasin de drogueries. Fils d'un fumeur d'opium, il a commencé à fumer à l'âge de

qués, même dans les cas les plus légers, il s'y joint souvent une céphalalgie très vive.

Les *phénomènes nerveux* qui se montrent dans cette période sont, avec les sueurs, le fait qui frappe le plus l'attention : leur intensité est variable : tantôt, ils sont à peine marqués : un examen, un interrogatoire attentif, peuvent seuls les déceler ; tantôt, ils sont portés à un degré véritablement effrayant. Ces symptômes sont :

a) Des *étouffements* continus et paroxystiques, sans aucune lésion pulmonaire appréciable à l'auscultation ;

b) Un *sentiment de constriction*, de *barre épigastrique* ;

c) Des *palpitations* ;

d) L'*agitation*, le *délire*.

A ces phénomènes nerveux qui sont habituels, il faut en joindre un autre plus rare et qu'avaient déjà signalé quelques descriptions anciennes. Nous voulons parler des crampes, des contractures, survenant par accès dans les muscles du mollet, et dans la main.

La langue est saburrale, la constipation ordinaire.

Les épistaxis sont répétées, journalières, elles *surviennent même plusieurs fois par jour*, assez abondantes ; la *toux* est ordinaire.

Deuxième période. — Eruption.

La première période prend fin lorsqu'apparaît l'éruption. Celle-ci se montre généralement le quatrième jour à dater du début : plus rarement elle apparaît le deuxième ou le troisième jour, ou bien elle est retardée jusqu'au cinquième ou au sixième jour.

Elle s'annonce par des *démangeaisons*, des *picotements* qui persisteront ensuite tant qu'elle durera ; dans la règle encore, les phénomènes nerveux (agitation, étouffements, barre épigastrique) redoublent à ce moment pour s'atténuer lorsque l'exanthème se sera produit.

Dans l'éruption de la suette miliaire, il y a deux éléments à considérer :

1° L'éruption miliaire proprement dite, c'est-à-dire la papule miliaire apparaissant d'abord comme un petit point acuminé, soulevant la surface cutanée ; se transformant plus tard en vésicule, s'ouvrant et s'exfoliant enfin au dernier degré de son évolution.

2° L'exanthème qui sert de substratum, de fond à l'éruption miliaire.

L'exanthème est essentiellement polymorphe ; variable d'un malade à l'autre, il varie encore chez un même malade d'un jour à l'autre.

On peut le classer sous trois formes :

1° Exanthème à forme *rubéolique* plus ou moins confluent ; plaques rouges semées en nombre variable sur la surface cutanée ;

2° Exanthème *scarlatiniforme* : la surface cutanée est uniformément teinte en rouge ;

3° Exanthème à forme *hémorrhagique purpurique*; la surface cutanée est d'un rouge sombre qui ne s'efface pas à la pression du doigt, et çà et là quelques taches violacées tranchent encore sur la teinte générale.

Le début de l'éruption se fait généralement sous la forme rubéolique : puis les plaques rouges se rejoignent, se confondent ; l'éruption prend alors les caractères scarlatineux ; enfin elle se fonce davantage ; sa couleur s'assombrit ; quelques points prennent une teinte plus violacée : c'est la forme hémorrhagique. C'est sur le tronc que se marquent le mieux ces divers caractères, et la transformation successive qu'ils subissent.

Polymorphie de l'éruption, variable de malade à malade, variable sur un même malade suivant les

---

vingt ans, mais frappé par l'exemple de son père, mort à quarante ans, de paralysie progressive, il a usé avec beaucoup de modération de l'opium. Au moment où nous l'avons connu il fumait depuis trente ans, mais à la dose d'un gramme environ par jour ; deux ou trois fois par mois, il faisait une débauche et montait jusqu'à 5 ou 6 grammes. Il s'était marié à dix-huit ans, et il avait eu quatre enfants bien portants. A partir de vingt-deux ans, il avait cessé d'en avoir, quoiqu'il eût deux femmes, fortes et bien constituées; il était maigre, son teint était pâle, ses yeux entourés d'un cercle bleuâtre.

Il vaquait à son commerce, mais il ne pouvait y donner une attention soutenue, et, quand il avait à traiter une affaire importante, il était obligé de recourir à une dose considérable de son stimulant habituel. Il dormait peu et était tourmenté d'une gastrite douloureuse, qui le forçait à s'alimenter uniquement d'un peu de poisson bouilli et de thé; ses mains étaient agitées d'un tremblement intermittent, et ses extrémités inférieures étaient le siège de douleurs vagues et de fourmillements incommodes. Deux mois après que je l'eus connu, il fut pris de paraplégie; la tête s'embarrassa, et, quelque temps après, il mourait avec tous les signes du ramollissement cérébral. »

Cette observation prouve que l'usage, même modéré, de la fumée d'opium ne laisse pas complètement à l'abri d'accidents graves.

Pendant la période d'excitation simple, il arrive souvent que le fumeur dépasse ses quantités habituelles d'opium ou qu'il cherche à arriver trop rapidement à des doses exagérées; il passe alors par toutes les phases d'une véritable ivresse narcotique, le *narcotisme aigu*.

C'est dans ce cas qu'éclate souvent un vrai délire furieux, qui a mis, à Java, l'autorité hollandaise dans la nécessité de placer, à la porte de toutes les boutiques à opium, des agents de police, chargés de tuer tout fumeur qui tenterait de se livrer à quelque acte de violence, en sortant de ces repaires de débauche.

Nous allons donner une observation curieuse, à cause de la persistance de l'engourdissement narcotique.

« A-Chung, âgé de vingt-quatre ans, d'une constitution robuste, d'un tempérament mixte, était adonné à l'opium depuis cinq ans ; mais il en fumait modérément, à cause du prix élevé du narcotique.

Le 2 juin 1861, se trouvant possesseur d'une somme assez forte, il alla passer sa journée dans une boutique à opium, où, d'après le dire de ses camarades, il fuma 15 grammes environ d'extrait. Après avoir passé par toutes les phases de la première période de l'ivresse narcotique, il fut pris de perte de connaissance, avec résolution des membres et insensibilité complète. Effrayés de ces symptômes, ses camarades, qui avaient partagé sa débauche, le transportèrent dans la maison où il était employé, et nous fûmes appelé pour lui donner nos soins.

2 juin, huit heures du soir. La face est pâle, les pupilles largement dilatées, les membres dans une résolution complète ; selles et urines involontaires ; la respiration est pénible, les inspirations longues et rares; la sensibilité totalement abolie; le malade ne répond à aucune question ; le pouls est petit, à 60.

Nous prescrivons des sinapismes sur les extrémités inférieures, des ventouses scarifiées sur la poitrine, un lavement d'un demi-litre, composé d'une forte décoction de café, des frictions stimulantes sur la peau.

3 juin. — La poitrine est un peu dégagée, les inspirations sont plus fréquentes, la perte de connaissance subsiste toujours. Les lavements de café sont renouvelés trois fois par jour.

jours, suivant le siège : telle est la caractéristique de l'exanthème de la suette.

L'éruption se montre d'abord sur la face ; elle atteint ensuite le cou, les membres supérieurs et le tronc ; enfin, en dernier lieu, les membres inférieurs sont envahis.

C'est sur la face, les avant-bras, les poignets, les mains, le tronc, les fesses qu'elle se marque le plus.

La face est ordinairement, dans son ensemble, d'un rouge vif ou sombre, les joues forment deux placards rouges où la peau est semée d'abord de points miliaires donnant à la main la sensation d'une surface grenue ; plus tard la face sera couverte de vésicules miliaires : les yeux sont éclatants : les paupières rouges et gonflées.

Le voile du palais est quelquefois pâle ; plus souvent, surtout aux premiers jours de l'éruption, il est couvert d'un piqueté rouge ; l'isthme du gosier est, soit piqueté de rouge, soit uniformément rouge comme dans la scarlatine.

Les avant-bras à leur partie inférieure, les poignets, la face dorsale des mains, sont aussi des sièges de prédilection pour l'exanthème : il est ordinaire qu'au poignet, à une période un peu avancée, on voit une sorte de bracelet de vésicules miliaires reposant sur un fond uniformément rouge.

Les membres inférieurs, pris en dernier lieu, sont souvent moins touchés que le reste du corps.

On a décrit sous le nom de miliaire blanche une variété spéciale d'éruption consistant en vésicules diaphanes, siégeant sur une peau de teinte normale ; le phénomène ne nous a pas paru avoir une grande importance. Souvent à leurs périodes ultimes, les vésicules miliaires semées sur l'exanthème se réunissent, et alors, au lieu de ces vésicules qu'on sent au toucher plutôt qu'on ne les voit à l'œil nu, on observe des vésicules opaques nettement appréciables, de volume variable, pouvant parfois grossir au point de prendre l'apparence de petites bulles. C'est au poignet surtout que ce phénomène est le plus marqué.

L'éruption se constitue souvent d'une seule poussée : de la face elle envahit graduellement le reste du corps, et toute la surface cutanée se trouve couverte en 24 ou 48 heures.

Mais dans des cas qui sont loin d'être rares, l'éruption se fait en plusieurs poussées, séparées par des intervalles très appréciables ; les poussées ne dépassent pas le chiffre de deux ou trois au maximum ; les nouvelles poussées sont annoncées par une reprise des phénomènes généraux : fièvre, sueur, agitation, étouffements.

Il ne faut pas confondre ces poussées qui concourent dans leur ensemble à rendre l'éruption générale, avec les rechutes.

Voici maintenant les phénomènes qu'on observe dans la deuxième période en même temps que l'éruption.

Les sueurs perdent de leur abondance quand la poussée éruptive s'est faite ; la peau reste moite ; il y a toujours transpiration, mais transpiration modérée. La fièvre, elle aussi, est moins vive ; le malaise général, la céphalalgie ont diminué, les phénomènes nerveux s'apaisent.

C'est dans cette deuxième période qu'on observe quelquefois un ralentissement du pouls très marqué que nous avons vu aller jusqu'à 55 pulsations à la minute. Il y a donc, dans tous les phénomènes morbides de la première période, une amélioration très marquée.

Le malade tousse souvent ; et l'auscultation fait percevoir des râles de bronchite (râles sibilants, râles sous-crépitants).

La constipation persiste ; des selles cependant peuvent être obtenues d'un caractère assez spécial :

---

4 juin. — La respiration et le pouls sont normaux, la face se colore, le malade semble dormir paisiblement ; mais on a beau le secouer et même lui appliquer de l'ammoniaque sous les narines, il ne s'éveille pas ; quand on le pique, il fait des mouvements involontaires, qui indiquent le retour de la sensibilité.

Vers minuit, il se réveille, ne reconnaît aucune des personnes qui l'entourent ; quand on l'interroge sur ses sensations, il répond qu'il a eu des rêves bizarres ; il est très altéré et demande à boire.

Pendant trois ou quatre jours, il est encore fatigué ; mais les mouvements et la sensibilité sont totalement revenus. »

M. Libermann rapporte de nombreuses observations analogues.

En général, les fumeurs d'opium finissent par le ramollissement cérébral, la paralysie progressive, l'idiotie, ou l'aliénation mentale.

Les fumeurs, quand ils veulent renoncer à leur habitude, passent par des phases à peu près semblables.

Quand ils ne fument pas l'opium à leurs heures habituelles, ils sont pris d'une faiblesse extrême, d'un anéantissement complet de toutes les facultés physiques et intellectuelles. Cet anéantissement va parfois même jusqu'à la syncope.

Dans cet état il leur est totalement impossible de se livrer à aucune affaire ; ils ne peuvent ni manger, ni dormir ; souvent ils sont pris de vomissements, qu'ils ne parviennent à arrêter qu'en reprenant leur pipe. Aussi est-il impossible de songer à une suppression instantanée.

Les médecins anglais, conseillent l'assa fœtida, mêlé au tabac, pour remplacer l'opium et combattre la prostration nerveuse occasionnée par la suppression de l'habitude.

Nous avons vu d'excellents résultats de cette pratique.

Dégénérescences héréditaires produites par l'opium.

Sur deux cent dix-huit enfants de fumeurs nous avons observé : dix-sept scrofuleux ; trois arrêts de développement ; quatre rachitiques ; en tout, vingt-quatre dégénérescences physiques ; six idiots ; deux aliénés ; huit enfants avec une intelligence au-dessous de la moyenne ; sept avec des tendances excessivement mauvaises ; vingt-cinq enfin présentant des dégénérescences morales.

Ce qui fait en tout quarante-neuf dégénérescences de toute espèce.

« L'habitude de l'opium est appelée à désorganiser complètement la société chinoise, déjà en voie de dissolution. Aussi rien ne saurait en justifier l'usage, et les sophismes de certains économistes anglais, qui cherchent à excuser un trafic homicide, n'ont-ils rien de sérieux et tombent-ils devant une observation désintéressée. »

Tels sont les points principaux traités par notre très distingué confrère, M. Libermann.

Obligé par une maladie, contractée au service du pays, à une retraite prématurée, il consacra ses loisirs à revoir ses anciens travaux et il en prépare de nouveaux qui verront bientôt le jour.

Nous espérons avoir inspiré à nos lecteurs le désir de lire l'étude de M. *Libermann*. Elle a quelque intérêt d'actualité, puisqu'on signale, à Paris, en ce moment, des *Sociétés de fumeurs d'opium*. La frontière de Chine est ouverte ; espérons qu'à l'alcoolisme, au tabagisme, nous n'aurons pas à ajouter le narcotisme par la pipe, le narcotisme par la seringue, nous suffit amplement.

H. C.

elles ont la consistance et l'aspect du goudron ou de la poix et exhalent une odeur infecte.

L'urine, qui dans la première période pouvait être rare et même, nous en connaissons un cas, totalement supprimée pendant plusieurs heures, reprend ses caractères. Notons que dans aucune période de la maladie, dans aucune forme grave ou bénigne, nous n'y avons trouvé d'albumine.

Les *épistaxis* se montrent encore dans cette période, mais ce ne sont pas les seules hémorrhagies qu'on puisse observer; nous avons vu quelques rares cas d'*hémoptysie*; nous avons noté quelques *hémorrhagies intestinales* très abondantes; et ces deux phénomènes se sont montrés dans des cas d'intensité moyenne où les malades ont parfaitement guéri.

Troisième période. — Desquamation.

La desquamation termine l'évolution de la maladie. Elle est due, au moins en grande partie, à l'exfoliation des vésicules miliaires. Elle se présente sous deux formes principales :

1° Desquamation par points isolés, desquamation en collerette.

2° Desquamation à grands lambeaux, desquamation écailleuse, desquamation en doigts de gant.

La desquamation en collerette peut se montrer sur tous les points du corps; la desquamation à grands lambeaux se rencontre surtout aux membres, à la face, et la forme de desquamation en doigts de gant qui reproduit entièrement le phénomène si connu dans la scarlatine, se montre aux doigts et à la paume des mains.

Signalons aussi la desquamation de la langue, desquamation qui n'est ordinairement que partielle.

La desquamation marque la troisième période de la maladie; mais il est très ordinaire de voir la face entrer en desquamation alors que la poussée éruptive est encore dans toute sa vivacité sur le tronc, les membres inférieurs.

La desquamation se montre aux diverses parties dans l'ordre même où elles ont été envahies par l'éruption; elle se prolonge bien au delà de la durée de l'affection pendant la convalescence.

La maladie est en réalité terminée quand l'éruption commence à pâlir, quand l'état général s'améliore, quand la fièvre tombe. C'est à ce moment et ordinairement vers le huitième ou dixième jour, dans les cas moyens, que le malade quitte son lit et entre en convalescence.

Convalescence.

Ce qui la caractérise surtout, c'est sa lenteur, son incertitude; c'est une convalescence des plus pénibles : il semble que le malade ne parviendra jamais à retrouver la santé. Et ce qu'il faut bien noter, c'est que ce n'est pas seulement après une atteinte de suette grave ou longue que la convalescence est ainsi difficile, la suette miliaire la plus bénigne, celle même qui reste à l'état d'ébauche est suivie d'une convalescence longue et pénible.

Les convalescents se présentent avec une teinte anémique très prononcée, leur visage est blafard. Ils sont mal assurés sur leurs jambes, et ne peuvent rester longtemps debout : il y a souvent de l'œdème des membres inférieurs, des pieds surtout.

Les muscles de la face sont agités de tremblements fibrillaires : la langue tremble à la façon de la langue des paralytiques généraux.

Le malade a de l'insomnie, une anorexie très tenace; il est, à la moindre fatigue, repris de sueurs abondantes.

Nous avons rencontré pendant cette période quelques autres phénomènes intéressants, mais très rares : crises spasmodiques, analogues à celles de l'ataxie locomotrice; crises névralgiques intercostales; irrégularité du cœur qui s'interrompait à certains moments et battait par saccades à d'autres instants, etc.

Formes cliniques de la suette miliaire.

La suette miliaire est une affection généralement bénigne. Mais il est deux variétés, l'une d'une extrême gravité, l'autre d'une extrême bénignité.

Suette miliaire rapidement mortelle.

La rapidité de cette forme est parfois vraiment extraordinaire; nous connaissons plusieurs cas où l'individu atteint a succombé en moins de 48 heures : sueurs profuses, température très élevée, agitation, délire extrême, étouffements presque continus et d'une intensité considérable, constriction épigastrique angoissante, tels sont les traits principaux de cette forme, qui, grave dès la première heure, marche rapidement vers la terminaison fatale.

Ailleurs, le tableau est différent. Le début n'a présenté rien de particulier, tout semble annoncer un cas moyen. Tout à coup le deuxième, troisième et quatrième jour, alors que l'éruption va se faire, la maladie prend une allure toute différente, la fièvre s'allume, les sueurs inondent le lit du malade, les étouffements augmentent, le délire apparaît, expansif, bruyant, l'épigastre est comme serré dans un étau, et en quelques heures le malade est enlevé. Presque toujours la mort survient avant l'apparition de l'éruption, ou tout à fait au début de celle-ci; les malades qui ont traversé la première période, chez qui l'éruption s'est faite, sont le plus souvent hors de danger. Aussi la mort, après le quatrième ou le cinquième jour est-elle rare.

Il est une exception cependant à cette règle, c'est lorsque la mort survient au milieu d'une deuxième poussée éruptive. L'affection a d'abord marché normalement; après les prodromes, une éruption s'est faite sur une partie du corps; tout semble s'apaiser. Puis, cinq, six, sept jours plus tard, les phénomènes nerveux reparaissent avec une intensité effrayante; la transpiration se montre de nouveau avec une extrême abondance et le malade meurt au milieu du délire, de l'agitation et avec une hyperthermie considérable au moment où une deuxième poussée éruptive sur la surface cutanée couvrait les parties indemnes dans la première.

Suette à forme ambulatoire.

C'est debout, presque sans interrompre son travail, que l'individu fait sa maladie, et dans la grande majorité des cas, c'est en plusieurs temps, par plusieurs poussées que l'éruption se constitue.

Cette éruption est d'ailleurs le plus souvent très discrète : Quelques plaques miliaires disséminées çà et là, surtout au visage, aux mains, aux poignets constituent tout l'exanthème.

Des sueurs se montrent avant chaque poussée, plus ou moins abondantes, et ces deux phénomènes *sueurs, éruption miliaire*, constituent presqu'à eux seuls tout le tableau.

Les *rechutes* ne sont pas rares dans la suette miliaire. Elles se font souvent à une époque tardive, pendant les premiers temps de la convalescence.

Pronostic.

Il n'est pas facile à établir et doit être réservé dans tous les cas.

Bénin dans l'immense majorité des cas chez les enfants, il s'aggrave chez les adultes. On a remarqué avec raison que les cas mortels se montraient souvent chez des adultes vigoureux, bien constitués, ceux-là même qui passaient pour les plus robustes de la commune, mais parmi lesquels se trouvaient peut-être aussi le plus grand nombre des alcooliques.

Diagnostic.

Le diagnostic de la suette miliaire semble des plus faciles. Quelques traits objectifs la rapprochent de la scarlatine et de la rougeole, mais d'autres traits sur lesquels nous n'avons pas à revenir, l'en écartent suffisamment pour que toute confusion semble impossible ; il n'en est rien pourtant.

Il est chez quelques adultes et surtout chez l'immense majorité des enfants une forme qui affecte avec la rougeole une ressemblance assez grande. Cette forme a été d'une fréquence extrême dans l'épidémie de 1887.

Suette miliaire infantile. — Suette miliaire à forme rubéolique.

Voici une description très succincte, ou pour mieux dire, un parallèle, de cette forme avec la forme normale.

Les *prodrômes* sont voisins de ceux de la rougeole. La fièvre apparaît, et en même temps un malaise prononcé ; le malade *tousse* et le timbre de cette toux est souvent celui de la *toux férine*. Il y a surtout du *coryza* ; plus souvent du *larmoiement*.

Voilà bien les prodrômes de la rougeole ; mais d'autres phénomènes viennent se mêler à ce tableau, phénomènes insolites dans une rougeole : *Sueurs* plus ou moins abondantes, *généralement modérées*, mais parfois aussi vraiment profuses ; *étouffements* sans aucun signe de lésion pulmonaire ; *vomissements*, *épistaxis* fréquentes, répétées.

Puis l'éruption se fait, débutant par la face pour gagner ensuite les autres parties du corps. Mais cette éruption n'est pas ordinairement retardée jusqu'au 4e jour comme dans la rougeole ; *elle se fait dans la grande majorité des cas dès le deuxième jour*, parfois dès le premier et après quelques heures seulement de prodrômes.

Ailleurs, elle n'apparaît que vers le troisième ou le quatrième jour.

L'éruption débute par la face, avons-nous dit ; elle gagne ensuite, comme dans la rougeole, les autres parties du corps. Au premier abord, quand on examine le malade, au début de l'éruption, tout parle en faveur d'une rougeole ; la face est rouge, les yeux gonflés ; le tronc, les avant-bras sont semés de taches rouges plus ou moins confluentes, laissant entre elles des espaces de peau saine. Le voile du palais est généralement couvert d'un piqueté rouge ; et la toux persiste avec ses caractères rubéoliques.

L'auscultation fait entendre des râles de bronchite ; mais vient-on à examiner de plus près cette *éruption*, vient-on à s'enquérir des *phénomènes concomitants*, le tableau perd de sa netteté ; et la rougeole si régulière au premier abord, devient tout au moins une rougeole anormale.

La face est, dans son ensemble, d'un rouge un peu sombre ; les yeux sont brillants, généralement sees, le coryza fait défaut le plus souvent. Les joues forment deux placards rouges donnant aux doigts la sensation d'une surface grenue. Lorsqu'on les regarde obliquement, on voit que leur surface est couverte de petits points qui la rendent inégale et expliquent la sensation perçue par le toucher ; sur le menton, les plaques rubéoliques sont aussi couvertes de ces points acuminés. Le doigt, l'examen attentif à l'œil ou à la loupe, font reconnaître la même chose sur chacune des plaques du tronc.

Les mains, les poignets sont une des parties les plus intéressantes à examiner, une de celles où l'apparence grenue de l'exanthème est le plus net. Le dos des mains, plus rarement la paume, le poignet, présentent sur la surface rouge qui les couvre une multitude de petites papules, plates, brillantes, qui soulèvent cette surface, et la hérissent en quelque sorte.

La figure est aussi souvent ruisselante de sueur, en tout cas moite et perlée de gouttelettes de sueur ; toute la surface cutanée est, ou seulement moite, ou en abondante transpiration.

Il y a de la constipation ou des selles rares ; les épistaxis continuent. Le lendemain l'éruption a suivi sa marche, et a envahi les membres inférieurs avec la même apparence rubéolique. Mais bien des changements sont survenus sur les autres parties. La face, et en particulier les joues, le menton, les ailes du nez sont couverts de vésicules miliaires très nettes, plus ou moins abondantes ; sur le tronc, les membres supérieurs, il en est de même : les plaques rubéoliques supportent des vésicules miliaires ; la main, le poignet en sont couverts.

Souvent, il s'est produit un phénomène majeur : l'éruption, qui se montrait *sur des points espacés du tronc* et des autres parties la veille, s'étend maintenant en *nappe uniforme* sur toutes ces parties ; de rubéolique elle est devenue scarlatiniforme.

Ce phénomène qui suffirait à lui seul à écarter toute confusion n'est malheureusement pas général : souvent l'éruption *est et reste partout d'aspect rubéolique.*

Après l'éruption survient la desquamation ; elle est quelquefois *furfuracée simplement* comme dans la rougeole, mais dans l'immense majorité des cas il n'en est pas ainsi.

Outre que la desquamation commence souvent à la face, alors que l'éruption n'est pas encore terminée sur les parties inférieures, elle prend surtout l'aspect de desquamation en collerettes isolées, ou de desquamation à grands lambeaux, à grandes écailles épidermiques.

Les doigts présentent le plus souvent la desquamation scarlatiniforme, la desquamation en doigts de gant.

La langue est aussi remarquable à cet égard ; elle est dépouillée dans son entier ; c'est la langue framboisée de la scarlatine.

La convalescence est ordinairement des plus bénignes, sauf chez les adultes. Chez les enfants, elle peut passer absolument inaperçue, ne se marquant par aucun phénomène autre que la desquamation.

La forme infantile, rubéolique est le plus souvent bénigne, mais elle tue quelquefois et avec une grande rapidité au milieu des phénomènes nerveux intenses : étouffements, constriction épigastrique, agitation, délire. Le plus souvent, le malade est emporté en deux ou trois jours à dater du début. Le cadavre se décompose rapidement, se couvre de lividités noirâtres, presque hémorrhagiques ; de là, sans doute, le nom de rougeole noire que le public a donné à cette forme mortelle.

La *forme rubéolique* comporte des *poussées éruptives* apparaissant pendant la convalescence, des plaques rubéoliques miliaires se montrent alors sur divers points du corps. Dans un cas, nous avons compté jusqu'à deux de ces poussées. Cette forme comporte aussi des *rechutes*.

Telle est la description succincte de cette forme.

On voit qu'elle comprend, avec *quelques-uns des éléments primordiaux de la rougeole*, des éléments étrangers à cette affection.

Suivant que ces derniers seront plus ou moins prononcés, l'affection se rapprochera plus ou moins de la rougeole, et c'est ainsi que dans certains cas les *éléments étrangers restant tout à fait au second plan*, elle en arrive à affecter avec la rougeole une ressemblance telle qu'on a pu les identifier toutes deux ou du moins appliquer à la première la *dénomination* de rougeole anormale. Nous en faisons, nous, au contraire, une suette miliaire s'écartant un peu de la forme classique, mais ayant tous les caractères majeurs de la suette : nous fondons cette opinion, nous l'avons dit, sur les caractères cliniques et épidémiologiques de cette forme.

A. — *Caractères cliniques*. — Quelque ressemblance qu'il puisse y avoir entre la rougeole et la forme rubéolique de la suette, il y a des différences symptomatiques appréciables.

Tantôt, ces différences peuvent être saisies du premier coup ; tantôt il faut les chercher avec soin, interroger le malade minutieusement, suivre d'un bout à l'autre l'évolution de la maladie ; quoi qu'il en soit, elles existent et on parvient toujours à les déceler.

Nous les avons indiquées dans le tableau de l'affection ; nous pouvons les résumer ici une fois de plus : ce sont, dans la première période, les *sueurs*, les *étouffements*, les *vomissements* et la durée elle-même des prodromes.

Dans la deuxième période, l'éruption rubéolique n'est jamais franche ; elle est toujours accompagnée de miliaire ; ailleurs elle va jusqu'à perdre son caractère rubéolique ; elle se modifie en évoluant, et de rubéolique devient scarlatiniforme.

La desquamation est certainement un des meilleurs moyens de séparer les deux affections ; ce n'est pas, dans l'immense majorité des cas, à une desquamation de rougeole que l'on a affaire ici, mais à un mélange de desquamation rubéolique et scarlatiniforme, avec large prédominance de cette dernière.

On meurt assurément de la rougeole ; mais on ne meurt d'ordinaire ni avec cette *rapidité*, ni avec ces *phénomènes nerveux intenses* que nous avons indiqués plus haut.

Tous les caractères qui séparent cette forme de la rougeole la rapprochent de la suette : les *sueurs*, les étouffements, l'*éruption de miliaire*, l'exanthème variable et *polymorphe*, la *forme* de la desquamation, la *rapidité* de l'évolution dans les cas mortels et plusieurs autres phénomènes qu'il serait facile de retrouver en se reportant à nos descriptions, sont des phénomènes propres à la suette miliaire caractérisée.

Mais ce n'est pas tout encore ; la toux, dans les prodromes, la forme rubéolique persistante de l'éruption, le piqueté du voile du palais, la bronchite dans la deuxième période ne sont nullement des phénomènes étrangers à la suette normale et ne sauraient, par cela seul, être exclusifs de cette affection ; il n'est pas jusqu'au larmoiement et au coryza qu'on ne puisse observer, qu'on n'observe réellement dans la suette normale.

Quant aux poussées d'éruptions successives pendant la convalescence, quant aux rechutes, ce sont là assurément des phénomènes absolument étrangers à la rougeole.

Origine de l'épidémie de 1887. — L'endémicité de la Suette dans les départements atteints.

C'est au milieu d'une épidémie de rougeole régnant dans la plupart des communes du canton de Lussac que le premier cas de suette, nettement caractérisé, s'est montré.

L'épidémie de rougeole qui régnait depuis le mois de décembre dans le canton de Lussac, qui avait atteint d'abord Civaux (où elle était venue importée de Poitiers), puis Lussac, Mazerolles, Sillards, etc., était-elle une rougeole franche, ou une pseudo-rougeole, en d'autres termes, une suette à type rubéolique ?

Le docteur Jablonski, médecin des épidémies de l'arrondissement de Poitiers, secrétaire du conseil d'hygiène de la Vienne, qui visita Montmorillon pendant l'épidémie, a écrit dans une note communiquée à la Société de médecine publique et d'hygiène que la rougeole qui précéda la suette dans le canton de Lussac était une rougeole hybride, tenant à la fois de la rougeole et de la scarlatine et enlevant parfois les malades en deux ou trois jours ; qu'elle paraissait enfin l'analogue de celle qui, suivant Orillard, aurait à Poitiers, précédé l'épidémie de 1845.

S'il en était ainsi, nous aurions le droit de tenir cette rougeole pour plus que suspecte, et de penser qu'elle n'était autre que notre suette rubéoliforme. Mais nos confrères du canton de Lussac nous ont assuré que cette rougeole ne présentait rien de particulier. Nous ne pouvons trancher la question, et devons nous tenir sur la réserve.

D'ailleurs, s'il nous était démontré que la rougeole qui précéda la suette dans le canton de Lussac n'était qu'une pseudo-rougeole, c'est dans une autre contrée qu'il faudrait aller chercher l'origine de la suette. C'est de Poitiers qu'en décembre 1886 la rougeole vint à Civaux ; c'est de Poitiers qu'elle vint à Lussac (21 janvier) et c'est de Lussac manifestement qu'elle vint à Sillards (13 février) importée par un jeune homme qui était venu tirer au sort à Lussac. Y aurait-il eu à Poitiers, à un moment quelconque de l'hiver 1886-1887, des formes de rougeoles anormales, bizarres, qui n'auraient pas éveillé l'attention qui ne pouvaient l'éveiller d'ailleurs, tant est grande la difficulté en dehors des moments d'épidémies, de reconnaître ces formes, et leur donner un nom autre que celui de rougeole ?

Nous posons cette question, nous n'y pouvons répondre.

Un point de haute importance dans cette étiologie si obscure de l'épidémie de 1887, c'est de savoir si la suette est endémique dans la contrée.

Des quelques documents que nous avons pu réunir sur l'endémicité de la suette, il résulte qu'à certains moments il y a ici ou là une sorte de réveil épidémique.

L'épidémie de 1887 a-t-elle eu pour origine le réveil, sur plusieurs points à la fois et presque à la même époque, de ces foyers endémiques toujours mal éteints ; ou bien n'a-t-elle eu qu'une seule et même origine, un seul foyer qui, se réveillant tout à coup, aurait propagé la maladie dans toute la zone atteinte ? Nous laissons la question sans pouvoir la résoudre.

Nous ne voyons aucun lien entre la suette et l'impaludisme : certaines des contrées atteintes par la suette de 1887 sont manifestement paludiques ;

d'autres frappées à un égal degré sont exemptes absolument de toutes fièvres intermittentes.

Intensité et gravité de la suette en 1887. — Contagion: — Incubation. — Récidives.

L'épidémie de suette miliaire de 1887 a atteint un nombre considérable d'individus : elle en a tué fort peu. *Grande intensité, peu de gravité* : voilà ses deux caractéristiques.

En résumé, l'intensité a partout été grande; variant de 2 à 20 0/0 elle a été en moyenne de 9 0/0 de la population.

C'est là où l'épidémie a été générale, a frappé adultes et enfants, qu'elle a eu le plus de gravité ; c'est là où elle a été surtout infantile qu'elle en a eu le moins.

La suette est grave, à un degré variable d'ailleurs (33 à 5 0/0 et moins), chez les adultes ; elle est beaucoup plus bénigne chez les enfants : le plus haut chiffre de gravité que nous y ayons relevé est 6.60 0/0.

Contagion.

La suette miliaire est éminemment contagieuse. Sans doute cette contagion n'est pas inévitable et on a fait grand bruit de ces cas très nombreux assurément où l'on a vu une femme nourrice atteinte de suette, continuer à allaiter son nourrisson et celui-ci rester indemme.

Il en est de la suette comme de toutes les maladies contagieuses ; tous ceux qui s'y exposent ne la prennent pas, mais son caractère contagieux est absolument hors de doute.

Il serait de la plus haute importance après avoir établi que la suette est contagieuse de connaître les modes de transmission du contage : mais c'est là une question que nous n'avons pas pu résoudre.

L'eau potable nous paraît hors de cause et la suette a l'air de se transmettre à la façon de la rougeole et de la scarlatine dont elle est si voisine.

L'incubation peut être très courte, durer moins de 24 heures.

Quelle est la durée maxima ? Nous ne possédons aucun fait qui nous permette de tenter de l'établir.

Les mesures de désinfection ont consisté en : 1° Désinfection à l'acide sulfureux.

A de très rares exceptions près, il n'était pas possible de désinfecter la chambre même des malades : les paysans n'ont souvent qu'une seule chambre pour habitation.

Il fut décidé que dans chaque commune la désinfection des vêtements, des pièces de literie à l'acide sulfureux devait se faire dans un local spécial pour tous les malades de la commune.

2° Lessive au sulfate de cuivre.

Pour l'application des *désinfections dans les campagnes, l'étuve mobile est ce que nous connaissons de plus pratique* ; facilement maniable, elle peut se rendre dans les plus petits hameaux et par les routes les plus difficiles. Elle n'inspire aucune défiance aux paysans.

Ajoutons encore que la désinfection se fait en un quart d'heure, et qu'enfin une journée bien employée suffit pour désinfecter entièrement une petite agglomération.

En somme, *véritablement efficace, la désinfection par l'étuve mobile à vapeur humide sous pression est la seule qui puisse partout et toujours se réaliser.*

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 septembre.

M. *Danion* fait une communication sur la *polarisation des tissus animaux et les courants secondaires*.

Voici les conclusions que l'auteur déduit d'expériences nombreuses et qui paraissent conduites d'une façon irréprochable.

1° Les tissus animaux sont absolument impolarisables, en d'autres termes, ces tissus sont réfractaires de la manière la plus absolue aux phénomènes d'accumulation de l'électricité et incapables d'engendrer un électromoteur secondaire.

2° Toutes les expériences physiologiques dans lesquelles la polarisation des tissus entre comme facteur, à un degré quelconque, doivent être considérées comme nulles et non avenues.

3° Tout ce qui a été écrit sur les courants secondaires, doit être rayé de l'électro-thérapie.

M. *Hervieux*, répondant à une communication antérieure dans laquelle M. Alph. Guérin avait nié l'existence du *phlegmon du ligament large*, qu'il considère comme un adéno-phlegmon juxta-pubien, M. Hervieux démontre par la clinique et l'anatomie pathologique qu'il y a bien lieu d'admettre deux formes : variété hypertrophique, variété purulente, et que l'inflammation des veines est une cause très fréquente du phlegmon du ligament large, qui doit conserver la place qu'il occupe dans le cadre nosologique. Outre les cas publiés par Bourdon (1841), Marchal de Calvi (1844), Béhier, West (1858), Paris (1866), E. Thierry (1868), Smedey (1884), M. Hervieux apporte 11 autopsies péremptoires à l'appui de la thèse qu'il défend, tandis que son adversaire ne peut invoquer aucune constatation cadavérique.

Traitement de la phthisie par les inhalations d'acide fluorhydrique.

M. *Garcin*. — Des remarques ont déjà été faites à la cristallerie de Baccarat par E. Michaux, à celle de Saint-Louis par M. Seiler, sur l'heureuse influence de l'acide fluorhydrique dans la tuberculose pulmonaire.

Depuis plus d'un an j'expérimente cet agent thérapeutique ; pour cela j'ai divisé une grande pièce de mon appartement en cinq petites chambres d'inhalation et c'est là que j'ai reçu mes malades.

Du mois d'août jusqu'à ce jour, 100 tuberculeux à différents degrés ont été observés.

Les résultats obtenus sont :

Etats stationnaires	14
Améliorations	41
Guérisons	35
Morts	10
	100

Le procédé employé consiste à faire séjourner pendant une heure, tous les jours, le malade dans une cabine mesurant six mètres cubes d'air, saturé d'acide fluorhydrique.

Cette saturation s'obtient en faisant passer un courant d'air, à l'aide d'une pompe, dans un bocal en gutta-percha, contenant :

Eau distillée	300 grammes.
Acide fluorhydrique	100 —

La dose d'acide doit varier suivant la résistance et la tolérance plus ou moins grande de chaque malade.

Les phtisiques du 1er degré acceptent facilement

20 litres par mètre cube, ceux du 2e degré, 15 litres et ceux du 3e degré 10 litres seulement, et encore pour ces derniers est-on obligé d'ajouter un flacon laveur au premier, contenant 200 grammes d'eau distillée, de manière à diminuer l'effet de l'acide, en saturant en même temps la cabine de vapeurs d'eau.

Au bout de quinze minutes, il est bon de renouveler la saturation, car elle disparaît très rapidement.

Sous l'influence de cette médication, les quintes de toux deviennent de plus en plus rares et finissent par disparaître complètement ; — les crachats, de purulents et verdâtres qu'ils étaient au début du traitement, deviennent blancs, mousseux et de plus en plus rares ; — l'appétit s'améliore ; — les sueurs nocturnes deviennent moins abondantes et cessent complètement.

Les bacilles ne résistent pas à cette médication, car l'analyse des crachats fait constater que ces micro-organismes: 1° deviennent chaque jour de plus en plus rares ; 2° ne se segmentent plus, et 3° finissent par disparaître des sécrétions.

Des malades soumis à ce traitement depuis plus d'une année et n'ayant pris, depuis lors, aucune nouvelle vaporisation, conservent jusqu'à ce jour *leur immunité*. Je les revois encore de temps en temps et l'auscultation me permet de constater que la réparation se maintient dans un état très satisfaisant.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

Réunion du Conseil de Direction.

Sont présents : MM. les Drs Cézilly, Gassot, Maurat ; M. le Dr Gibert, empêché, s'est fait excuser.

Le Conseil décide que, sur les fonds disponibles, une somme de 200 fr., votée par l'Assemblée générale au profit de l'Union des syndicats, sera immédiatement versée entre les mains de M. le Dr Barat-Dulaurier.

Il s'entretient ensuite des mesures à prendre pour mener à bien l'organisation du comité de protection des Pupilles du corps médical ; le Directeur communique les résultats acquis à ce jour.

Le Conseil discute la possibilité de rendre accessible au corps médical une *Caisse d'assurance contre la maladie* et il décide de faire encarter dans le journal, aux frais de la caisse, un questionnaire sous forme de lettre qui sera adressé aux membres de la Société.

Le Conseil espère, vu l'importance de cette création projetée, qu'aucun des sociétaires ne voudra se dispenser de répondre à ce questionnaire.

Il vérifie enfin la comptabilité.

Situation de la Caisse.

CAPITAL DISPONIBLE

Actif.

Avoir au 16 avril 1887	668.71
Rentes et coupons échus depuis cette époque	380.01
Dons à la Société civile	70.00
	1.118.72

Passif.

Frais de réunion du 16 avril	110.75
Versement à la Caisse des pupilles	100.00
2 récépissés de dépôt à la banque	1.30
Jetons de présence et déplacements (28 juillet)	105.00
Versement à l'Union des syndicats	200.00
	517.05
Balance en faveur de l'actif	601.67

CAPITAL NON DISPONIBLE

Portefeuille au 16 avril 1887 (prix d'achat)		30.850 »
Espèces	639.28	
4 adhésions nouvelles	40.00	
	679.28	
Achat de 6 fr. de rente 3 % ancien 80,825	161.65	
1 obligation foncière 1879 n° 1,266,068	475.50	
	637.15	637.15
	42.13	31.487.15

La situation au 28 juillet 1887 est donc :

Portefeuille	31.487.15
Espèces	42.13
Total	31.529.28

Caisse de prévoyance des assurés sur la vie.

Avoir au 16 avril 1887	Portefeuille	7.838.15
	Espèces	222.81
Recettes et coupons	58.24	281.05
Total		8.119.20

Caisse des Pupilles.

Don de la Société civile du Concours médical	100
Dons divers reçus depuis mai 1887	180.70
Total	280.70

Aucune dépense n'a été faite de ce chef.

Le secrétaire-trésorier, Dr MAURAT.

Le médecin d'une Compagnie d'assurances n'a aucune qualité pour s'imposer aux malades.

Nous avons reçu d'un membre du Concours, la lettre suivante. Si les faits sont tels qu'elle les énonce, assurément la conduite de son confrère, membre également de notre Société, est irrégulière.

Mais comme les interprétations peuvent être modifiées par une version différente, il est loisible au médecin visé de rectifier, s'il le juge à propos.

En tout cas, il n'y a aucune utilité, aucune convenance à désigner les confrères entre lesquels s'est élevé ce différend.

Le médecin de la Compagnie d'Assurances a pour unique rôle de constater l'accident, et, ultérieurement, l'aptitude à reprendre les occupations. Il doit s'abstenir absolument de toute appréciation et de toute prescription. A. C.

Monsieur le Directeur,

Permettez-moi de vous faire connaître le fait suivant :

A 6 h. du soir, je fus appelé auprès d'un ouvrier, qui, ayant fait un effort pour soulever un fardeau,

dans la journée, fût pris de spasmes du diaphragme assez violents pour que la respiration en fût profondément troublée, à tel point qu'il y avait menace d'asphyxie.

Aussitôt je pratiquai, dans la région épigastrique, deux injections de chlorhydrate de morphine à la dose de chacune 0,02 centig., à une heure d'intervalle. De la glace fut tenue en permanence sur cette région et donnée en petits morceaux à l'intérieur. J'ajoutai une potion KBr à 4 grammes avec adjonction d'éther.

Je quittai le malade à 7 h. 1/2 en disant que dans la soirée je reviendrais m'enquérir de son état.

A 9 h. je fus prévenu que M. le Dr X. s'était présenté en qualité de médecin de l'assurance et qu'après avoir fait sa constatation, ce confrère s'était permis de supprimer immédiatement toute ma médication, faisant placer des sangsues sur le côté gauche, à la région épigastrique.

« *Ce qu'on a fait*, ajoutait-il, *ne vaut absolument rien.* » Il formula alors une potion avec 0,08 centigr. de chlorhydrate de morphine, ne sachant pas que j'avais déjà pratiqué deux injections de cette substance et ne s'enquérant aucunement de ce qui avait pu être tenté jusque-là.

Après avoir agi ainsi, ce confrère se retirait en disant qu'il reviendrait vers les 10 h. le soir même.

Je restai confondu devant un semblable procédé.

J'attendis l'heure fixée pour la seconde visite et me transportai auprès du malade, où, en arrivant, je fis immédiatement suspendre l'administration de la potion de morphine et enlever les sangsues au nombre de 8.

Arrive enfin le confrère, à qui je demande de quel droit il s'était permis, en mon absence, de faire rejeter ma prescription, *sans la connaître*, pour y substituer la sienne. — Je lui reprochai publiquement sa conduite, ajoutant que probablement il ignorait qu'il pût exister une névrose diaphragmatique, sorte de tétanie, à la suite d'un effort violent. Ce fut alors qu'il essaya de s'imposer à moi en disant : « Je suis médecin de l'assurance. » — Cela m'importe peu, lui dis-je.

Voilà, Monsieur et cher confrère, le fait dans toute sa triste sincérité. J'ai tenu à vous le faire connaître parce qu'il m'a semblé que pour la dignité du corps médical il était nécessaire que semblable fait ne se reproduisît pas.

Veuillez agréer, etc. Dr Y.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Association Syndicale des Médecins de la Haute-Saône.

Assemblée générale, à Vesoul, le 1er août 1887. (Suite.)

PRÉSIDENCE DE M. LE DOCTEUR CORNE.

Tarifs. — Il est alloué au secrétaire de mairie 1 franc et 1 franc 25, pour l'inscription à l'entrée et à la sortie ; 9 francs au juge de paix au delà de 5 kilomètres, et 12 francs au delà de 10 kilomètres.

Il n'y a point d'inspecteur-médecin proprement dit ; ce service est confié aux médecins des indigents et de la vaccination, dans leurs circonscriptions respectives.

Dans le très intéressant ouvrage de M. le docteur Limouzin-Lamotte (Paris 1886), médecin-inspecteur dans Seine-et-Marne, je vois que l'allocation mensuelle du médecin, par chaque nourrisson, est de *un* franc. « Nous sommes encore privilégiés, dit-il, car il y a des départements où la rémunération n'est que de 0,25 par mois, et, il y a deux ans à peine, elle n'était encore que de 0,6 pour nous. »

Dans la Haute-Saône, une circulaire ministérielle du 20 août 1878 avait fixé les visites des médecins à 1 fr. dans la localité, et à 2 fr. en dehors.

Le 21 août 1885, le Conseil général de la Haute-Saône avait proposé une allocation de 1 fr. dans la localité, et de 5 fr. en dehors, proposition déjà faite en 1882.

Mais, par lettres du 18 août 1885 et du 1er mars 1886, le ministre refuse son approbation en ajoutant que « ce tarif serait hors de proportion avec ceux en vigueur dans les autres départements ».

Vous savez que l'État rembourse la moitié des dépenses de ce service.

Les commissions locales de surveillance (art. 2 du règlement du 27 février 1877 et art. 2 de la loi du 23 décembre 1874), sont présidées par le maire de la commune. Il est probable que cet article a été négligé dans beaucoup de communes. A Vesoul, cette commission a été instituée ; mais la plupart des membres ont disparu, même le médecin.

Comme palliatif de ces négligences et de ces lacunes on a largement distribué le Guide pratique sur la protection des enfants du premier âge, de M. Clerc, inspecteur départemental des enfants assistés, et une deuxième brochure anonyme intitulée : L'Art de donner des soins aux nouveaux-nés, de l'Académie d'hygiène, Paris, n° 57, boulevard Reuilly.

Il y a aussi un Comité départemental (Art. 19). Le préfet communique à ce Comité les rapports qui lui sont adressés par les commissions locales et par les médecins, ainsi que le rapport d'ensemble, présenté annuellement par l'inspecteur départemental des enfants assistés (Art. 1 du règlement).

Deux de nos honorables confrères du Syndicat font partie de ce Comité : MM. Coillot et Doillon. Ils sont bien placés pour nous dire ce qui se passe dans ce Comité, où toutes les parties du service convergent, où tous les documents, rapports et statistiques, sont concentrés.

Art. 12 et 16. — Dans le rapport de M. l'Inspecteur des enfants assistés, je trouve le relevé suivant des nourrissons dans le département : en 1883, 200 nourrissons ; en 1885, 184 nourrissons, dont 65 du département de la Haute-Saône, et 90 de celui de la Seine. En 1886, la mortalité a été de 29, soit 0,1 seulement. Bien des cas ont probablement échappé dans cette statistique.

Crédits. — En 1879, le Conseil général avait accordé un crédit de 800 francs à répartir entre tous les médecins, proportionnellement au nombre de leurs visites.

En 1887, ce crédit, en application des tarifs établis en 1886, était de 3,300 francs. Il a été incomplètement employé, notez-le bien, et veuillez en ausculter les causes ; aussi le crédit proposé pour 1888 n'est plus que de 2,500 francs.

A vous, Messieurs, de juger si le rappel des instructions de M. le Préfet à MM. les Maires serait un remède suffisant et efficace.

Dr CORNE,
Médecin principal en retraite.

Budget de l'Association au 21 juillet 1887.

Recettes	1.883 f.	63
Dépenses	496	35
Différence	1.387	28

Notre budget se monte donc à la somme de 1,387 fr. 28 c., et, en ajoutant à cette somme le montant des cotisations non encore versées, qui ne le seront jamais complètement, et qui s'élève à 250 fr. environ, nous avons comme capital 1,387 f. 28 + 250 = 1,637 f. 28.

Tel est notre bilan.

Permettez-moi, Messieurs, de revenir cette année encore — et ce n'est pas la dernière fois — sur la Caisse des Pensions de retraite du Corps Médical français. Je serais heureux s'il m'était donné de convaincre un seul d'entre vous seulement — je ne suis pas fort exigeant — de l'utilité de cette Caisse confraternelle, d'en faire un adepte, et de lui assurer, à soixante ans, une retraite de 1,200 fr. qui lui permettrait de ne pas tant travailler sur ses vieux jours.

Cette Caisse, dont le fonctionnement date à peine de trois ans, possédait, le 25 juin dernier, un capital de 131,131 fr. 71 c. C'est déjà une somme importante ; mais elle le serait bien davantage si le nombre des participants augmentait plus rapidement.

A quoi tient la lenteur de cet accroissement ? A trois causes. D'un côté, à des attaques, à des critiques dirigées contre la Caisse par des confrères qui, d'habitude, terminent leurs réquisitoires en présentant d'autres projets à dividendes extraordinaires, doués de toutes les vertus, et qui, à la vérité, n'ont d'autre défaut que celui de reposer sur des hypothèses ; d'un autre côté, à l'hésitation bien naturelle, il est vrai, qu'on éprouve à participer au moyen de sommes annuelles plus ou moins fortes, à une œuvre qui n'a pas encore montré sa valeur ; enfin, à l'insouciance d'un grand nombre de Médecins qui renvoient au lendemain, ensuite aux calendes grecques, les affaires sérieuses n'ayant pas un rapport immédiat avec leurs occupations journalières.

En attendant la fin des oppositions, des hésitations, des apathies, l'œuvre continue sa marche lentement, mais sûrement. Dans six ans d'ici, à supposer même qu'elle ne recrute aucun adhérent, elle commencera à fonctionner avec un capital de 4 à 500,000 fr.

A ce moment, elle aura de 15 à 20,000 fr. de rente, et avec les cotisations, dont le chiffre s'élève de 35 à 40,000 fr. par an, elle distribuera tous les ans de 50 à 60,000 fr. entre ses pensionnés, c'est-à-dire de quoi servir 40 ou 50 pensions de 1,200 fr.

Ces chiffres sont tirés du rapport du Trésorier de la Caisse, le docteur Verdalle ; ils reposent sur des données certaines, mathématiques, ils peuvent être contrôlés, et je tiens à la disposition de celui ou de ceux d'entre vous qui en douteraient et rapport et statuts.

Après la lecture de ce rapport, l'Assemblée en ordonne l'impression, puis vote sur les questions suivantes mises à l'ordre du jour de la séance :

1° *Crédit vaccinal.*

L'Assemblée décide que les sommes allouées par les communes pour la vaccination seront centralisées et mandatées en même temps que les rétributions accordées pour la médecine des indigents. Elle charge ceux de ses membres qui font partie de nos Assemblées départementales de s'entendre à cet égard avec M. le Préfet.

2° *Loi Roussel.*

L'Assemblée demande que les membres qui font partie du Conseil général veuillent bien, à la session prochaine, s'occuper sérieusement de cette question: *Protection des enfants du premier âge.* Elle les charge de constater l'emploi du crédit de 2,500 fr., et de prier M. le Préfet de veiller à l'exécution de la loi du 23 décembre 1874, qui crée trois comités, dont un départemental et un local. Elle pense que si le comité départemental, dont la mission est d'étudier et de proposer les mesures à prendre pour l'exécution de la loi dans le département, de donner son avis sur toutes les questions intéressant le service, de contrôler les rapports de l'inspecteur des enfants assistés et des médecins-inspecteurs (dans la Haute-Saône, les médecins des indigents sont chargés de ce service dans leurs communes respectives), se réunit *selon la loi* une fois au moins par mois, les maires, appelés de temps à autre au soin de cette œuvre, convoqueront sinon les commissions locales dont ils sont les présidents, du moins se donneront la peine de prévenir les médecins de l'arrivée des nourrissons dans leurs communes, de leurs maladies, etc.

L'ordre du jour étant épuisé, le Président déclare qu'aux termes des Statuts les pouvoirs du bureau sont arrivés à leur fin, et qu'il y a lieu de procéder à l'élection d'un Vice-Président et des autres membres du bureau, le Vice-Président actuel devant remplir de droit les fonctions de Président.

Il remercie l'Assemblée de l'honneur qu'elle lui a fait en lui confiant la présidence, et cède le fauteuil à M. le docteur Massin, qui s'exprime ainsi :

Messieurs et honorés confrères,

En prenant place au fauteuil présidentiel, vous voudrez bien me permettre de vous remercier de l'insigne honneur que vous m'avez accordé.

Cet honneur je le dois certainement à la régularité avec laquelle je suis venu chaque année, depuis 1862, sympathiser avec vous dans les réunions de l'Association générale des médecins de France, association qui, soit dit en passant, a bien son mérite, car elle nous a permis de soulager jusqu'à maintenant l'infortune de nombreux collègues et de leurs veuves.

Ces réunions ont beaucoup favorisé, en 1881, la création rapide de notre Syndicat, aujourd'hui si florissant, qu'il comprend presque la totalité des médecins du département.

Les réunions des médecins de la Haute-Saône datant de 1862, nous fêtons, aujourd'hui, en pleine prospérité, leurs noces d'argent ; il ne me reste donc plus qu'une chose à souhaiter, c'est de célébrer avec vous tous, dans 25 ans, leurs noces d'or.

Sont nommés *Membres* de la Chambre syndicale :

Président de droit, Drs Massin. — Vice-Président, Gauthier. — Secrétaire, Maussire. — Trésorier, Voisard.

Délégués.

Arrondissement de Gray : Drs Richard. — Gourdan-Fromentel fils.

Arrondissement de Lure : Drs Spindler. — Simonin.

Arrondissement de Vesoul : Drs Coillot. — Guilleminot.

Conseil Judiciaire.

M. Grillon, Avocat.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St André 3

Neuvième année **N° 40** 1er Octobre 1887

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

Les Congrès.

L'épidémie du moment est une épidémie de Congrès. Elle commence à s'éteindre, mais pendant une quinzaine de jours elle a sévi avec violence sur les Deux-Mondes : Congrès international des sciences médicales de Washington ; Réunion annuelle de l'Association française pour l'avancement des sciences à Toulouse ; 24e session de la Société ophthalmologique d'Heidelberg ; 12e Congrès de l'Association médicale italienne à Pavie ; Assemblée des naturalistes et médecins allemands à Wiesbaden... Voilà. Est-ce tout ? Non. Il reste encore le Congrès international d'hygiène et de démographie de Vienne, et quelques autres menues assises scientifiques qui le suivront en divers pays.

Les adversaires des Congrès, comme M. Desprès, qui les traite sans façon de foires scientifiques, doivent renoncer à jeter les yeux sur les journaux de médecine, sous peine d'en ressentir un agacement continu. Ceux qui aiment ces conciles savants, ont dû par contre souffrir de ne pouvoir assister à tous, puisqu'ils ont été tenus presque simultanément à des distances telles que, malgré le perfectionnement des moyens de locomotion, il eût été impossible de faire même une courte apparition dans deux d'entre eux, comme on traverse plusieurs bals dans la même nuit.

Plusieurs journaux de médecine, qui, à l'instar des politiques depuis quelques années, paraissent tourmentés du prurit de l'information rapide, fût-elle d'une exactitude douteuse et d'une insuffisance notoire, se sont donnés beaucoup de mal pour aviser promptement leurs lecteurs de ce qui s'est passé dans ces différents congrès. Nous dirons librement notre avis sur cette tendance. Elle nous paraît fâcheuse, et voici pourquoi. En fait de sciences et de médecine, il ne s'agit pas d'être *vite*, mais *complètement* renseigné. Or, comment faire un compte-rendu fidèle, une analyse utile d'une communication médicale en un télégramme même long, voire dans un courrier rapidement écrit ? Souvent le sens et la portée en sont défigurés ; les notes qui nous arrivent ainsi sont d'un vide désespérant ou d'une obscurité sybilline. — Les raisins sont trop verts pour vous, nous répondra-t-on peut-être. Si vous ne pouvez vous faire expédier des télégrammes de quelques milliers de mots ou expédier à vos frais un correspondant spécial, ce n'est pas une raison pour critiquer ceux qui peuvent le faire.

Certes non, et nous sommes des premiers à reproduire, si incomplets qu'ils soient, certains des renseignements fournis par nos rapides confrères ; mais, en rendant hommage à leur zèle empressé et aux sacrifices qu'ils font, nous pouvons maintenir la critique. Elle s'adresse en réalité plutôt à la tendance générale de notre société contemporaine, avide de savoir superficiellement, mais rapidement, une foule de choses, pour les oublier d'ailleurs aussi vite, qu'il s'agisse des détails relatifs à la conformation des organes génitaux d'un guillotiné célèbre ou de la philippique de Semmola contre la microbiologie à Washington.

La peau de Pranzini.

Puisque le nom de Pranzini vient sous notre plume, nous pouvons dire que le bruit fait par la presse d'information à propos des fameux porte-cartes en peau d'assassin est d'autant plus regret-

table qu'il a failli en résulter des ennuis pour un de nos confrères.

Personne de nous n'aurait consenti à croire que le jeune agrégé d'anatomie accusé par un journal eût pu prêter la main à cette fantaisie macabre. Mais il était bon, cependant, puisque le public avait été saisi de l'affaire, qu'une enquête vînt couper court à des bruits fâcheux. Aussi doit-on savoir gré à M. le doyen Brouardel d'avoir ordonné celle-ci, qui s'est terminée par la découverte et la révocation du seul coupable, le garçon de laboratoire.

La microbiophobie au Congrès de Washington.

Nous faisions allusion au discours que M. le sénateur et professeur de médecine de Naples, M. Semmola, a prononcé à Washington, sous ce titre : *La médecine scientifique et la bactériologie devant la méthode expérimentale*. Ce morceau de littérature, dans lequel le médecin italien s'est proposé de démontrer que la médecine fait fausse route en s'occupant de bactériologie, nous paraît de médiocre aloi ; la forme en est sans doute très oratoire et nul doute que dans la langue de l'auteur ses phrases à effet ne doivent être particulièrement ronflantes. Mais le fond ?

M. Semmola, qui n'est pas un bactériologiste, n'aime pas voir qu'un si grand nombre de ses confrères de tous pays, se soient voués à l'étude des microbes et du rôle qu'ils jouent dans la production des maladies. Et pourtant il admet que l'existence des microbes pathogènes est hors de doute ! Mais voilà, on en découvre trop maintenant, on ne s'y reconnaît plus (surtout quand on néglige de se tenir au courant de la question). M. Semmola voudrait qu'on ne cherchât plus les microbes, mais qu'on se vouât exclusivement à l'étude du facteur inconnu qui pourra seul expliquer leur action nocive. « Ce facteur inconnu, cet X, dit-il, clef de la position, c'est la composition physico-chimique du sang ou la constitution des tissus pathologiques de tel ou tel animal. »

Tant qu'on ne connaîtra pas cela, déclare M. Semmola, inutile de pousser plus loin l'étude des microbes, sous peine de forfaire à la Grr....ande *méthode expérimentale* et de manquer de respect à la mémoire de son compatriote Galilée.

Et le sénateur napolitain ne peut résister au désir de lancer la prosopopée suivante : « Où êtes-vous, ombres des Torricelli, des Newton, des Volta, des Spallanzani ? Sortez, par pitié, de vos tombeaux pour éclairer, une fois encore, des rayons de votre génie les hardis pionniers de la médecine ! »

Vraiment ce dut être d'un bel effet ce « sortez de vos tombeaux », prononcé avec la voix et l'ampleur de geste que nous connaissons à M. Semmola. M. le professeur Peter, dans ses plus virulents réquisitoires contre les microbiologistes, n'a pas songé à apostropher tant d'ombres illustres ; c'est qu'il est moins *latin* que le sénateur de Naples. A Paris, nous nous serions mis à rire, et si M. Peter cherche à faire rire, c'est quand il espère avoir les rieurs de son côté.

Lorsque M. Peter attaque les microbes, il est logique ; jamais il n'a voulu admettre qu'il y en eût de pathogènes. Mais Semmola, qui reconnaît que quelques-uns méritent ce nom !... de quel droit prétend-il en limiter le nombre ? Et en quoi les expériences poursuivies avec ardeur et logique, suivant des techniques précises de coloration, de culture et d'inoculation, par tant de braves gens désireux d'éclairer

FEUILLETON

Question du Surmenage (1).

Du Devoir, par P. DIDAY. (*Suite et fin.*)

« Dans ces explications, sans jamais vous substituer ni au professeur, ni à l'élève, en disant à celui-ci le mot qu'il cherche, en lui dictant le passage qui l'embarrasse, vous devez l'initier plutôt à la manière de se tirer lui-même d'affaire, aux moyens méthodiques de chercher les renseignements que lui offrent la grammaire et le dictionnaire, ainsi qu'au secours à attendre de son bon sens, au besoin, de son imagination, opportunément éveillés et mis sur la piste par vos indications. »

Je spécifie que ces instructions seraient surtout destinées aux maîtres d'étude des trois premières classes (la huitième, la septième et la sixième).

Ainsi, mis deux fois par jour en rapports intimes avec ses jeunes pupilles, un précepteur attentif aurait bientôt vu comment ils mordent, tel aux sciences exactes, tel à l'histoire naturelle, tel aux langues, tel aux lettres ; et, d'après ces observations, il marquerait lesquels peuvent se passer de son aide ; lesquels en profitent assez pour, cette aide une fois ou deux donnée sur un point déterminé, ne la plus demander pour le même cas ; lesquels enfin ne sauraient faire un pas d'eux-mêmes, sans risquer de tomber ou de marcher de travers. Et ces notes mensuelles ou trimestrielles qu'il rédigerait, étant collationnées avec les notes du professeur, avec les places obtenues par l'élève, formeraient, pour chacun d'eux, un dossier d'après lequel au bout de trois ans d'épreuve, vers sa douzième année, à l'âge où il peut encore recevoir une autre destination, on aurait le droit et le devoir de dire au père de famille : « Reprenez votre enfant. Nous ne le chassons point. Mais, après trois ans d'épreuves soigneuses, nous avons reconnu que sa vocation, que ses aptitudes ne sont pas de celles qui peuvent recevoir chez nous un développement fructueux. Ces trois années n'auront point été perdues pour l'instruction préalable qui lui est nécessaire, quelque carrière qu'il suive désormais. En le détournant à temps d'une voie qui n'est pas la sienne, nous lui rendons un service contre lequel vous protesterez peut-être aujourd'hui, mais dont l'avenir se chargera de vous faire sentir le prix (1). »

(1) Voir le numéro 38.

(1) Cette communication, bien entendu, serait confidentielle : et le jugement ainsi formulé, ne prétend point être sans appel. Bien au contraire, le lycée se rouvrirait avec empressement à l'élève ainsi classé, ou déclassé, qui, grâce à des soins persévérants, grâce peut-être à une méthode pédagogique différente, serait devenu accessible à l'enseignement dont on l'avait d'abord cru incapable de profiter.

un peu plus chaque jour la pathologie des maladies infectieuses, choquent-elles la méthode expérimenta-

M. Semmola a toujours été considéré en France comme un des médecins les plus distingués de son pays ; nous sommes de ceux qui ont applaudi à ses recherches expérimentales sur la pathogénie du mal de Bright. Il est fâcheux pour sa réputation qu'avant d'aller représenter l'Italie à Washington, au lieu de se remémorer les périodes de Cicéron pour fulminer contre les microbes, il n'ait pas ouvert le chapitre où Cervantès nous montre l'ingénieux hidalgo de la Manche s'escrimant contre des moulins à vent.

La limite d'âge pour le concours de l'internat.

Le règlement de l'Assistance publique porte que, pour se présenter à ce concours, il ne faut pas avoir 28 ans au jour de l'ouverture. Mais ce règlement est tombé depuis longtemps en désuétude, et voici pourquoi.

Lorsqu'on a nommé interne provisoire un candidat de 27 ans et qu'on lui a fait faire pendant une année les fonctions désagréables qui consistent à déménager plusieurs fois dans l'année d'hôpital en hôpital, pour y faire des remplacements, on s'engage tacitement à lui accorder comme dédommagement le droit de gagner dans le concours suivant son brevet définitif. Aussi, bien des fois, depuis quelques années, a-t-on vu des internes provisoires nommés titulaires à 29 ans et l'internat ne s'en portait pas plus mal.

Cette année, l'Administration a jugé à propos de revenir à l'application stricte du règlement ; mais c'est à la veille seulement du concours qu'elle a manifesté sa résolution.

Cette surprise n'est pas juste et nous nous associons aux protestations du *Progrès médical*. Que l'administration prévienne les concurrents de son intention d'appliquer rigoureusement la limite d'âge pour l'année prochaine, soit.

Mais les provisoires qui ont sacrifié cette année leur temps au service des hôpitaux, doivent encore cette fois bénéficier d'une tolérance depuis si longtemps passée dans les usages.

QUINZAINE CHIRURGICALE

Anesthésie par la cocaïne dans l'opération de l'hydrocèle.

On sait que l'injection iodée dans la tunique vaginale ou dans la cavité d'un kyste spermatique n'est pas sans causer de vives douleurs à un grand nombre de sujets ; quelquefois même la douleur est si vive qu'ils éprouvent des lipothymies, un sentiment de gêne considérable. Depuis quelque temps on a songé à appliquer à cette opération l'anesthésie par la cocaïne et on a obtenu de réels succès.

Nous avons été témoin de deux faits que nous allons brièvement rapporter.

Dans les premiers jours du mois d'avril, le Dr Segond, suppléant de M. le professeur Trélat à l'hôpital de la Charité, ayant à opérer une hydrocèle simple de la tunique vaginale, pratiqua la ponction, et après avoir retiré le liquide citrin de l'hydrocèle, injecta dans la cavité une solution de 1 gramme de cocaïne dans 50 grammes d'eau distillée en ayant soin de malaxer la tunique vaginale contenant la solution anesthésique. Au bout de 10 minutes, il retira le liquide et pratiqua l'injection iodique.

Quelque utile et juste au fond, quelque réservé dans la forme que soit un tel langage, on ne saurait le tenir qu'à bon escient. Aussi, pour chaque sujet, doit-il s'appuyer sur des données absolument concluantes. Et ce n'est qu'entourée de garanties propres à rendre une méprise aussi rare que ce qu'on appelle les *erreurs judiciaires*, que je propose cette nouvelle juridiction.

« Nouvelle ? » Non, car je lis, ce matin, dans mon journal, parmi les projets de décrets adoptés par le conseil d'État pour le régime des récidivistes relégués dans les colonies, que, à leur arrivée, « ils seront maintenus pendant une période d'épreuve et d'instruction, avant d'être dirigés sur les divers ateliers, chantiers ou exploitations, où ils seront groupés suivant leurs aptitudes. » Une période d'*épreuve et d'instruction* ! Voilà bien ce que je demande. Quand l'intérêt social est en jeu, ne dédaignons aucune leçon, même nous vint-elle, comme on dit à Lyon, de ceux « qui ont fini de bien faire ». Mais, la vocation de ces messieurs maintenant éclairée, si nous songions un peu aux aptitudes — toutes fécondes, celles-là, lorsqu'on sait les diriger — de ceux en qui sont la force, l'espoir, l'honneur du pays !

Et qu'est-ce, après tout, que cette sélection, sinon l'application d'une mesure, ignorée dans ma jeunesse, mais que les progrès d'une aveugle ambition dans toutes les classes de la société ont rendue partout nécessaire, l'application des *épreuves éliminatoires* ?

Quelque étranger que je veuille rester aux détails de réglementation, le choix des agents chargés de mettre en œuvre ce système ne saurait me laisser indifférent.

Que de facultés naturelles et acquises réclame un tel rôle ! L'art de discerner, durant l'élaboration du devoir, le coup de main d'un camarade ou le clandestin secours d'une *traduction* ; un fond inépuisable et inexpugnable de mansuétude ; une constance aguerrie contre les sourdes coalitions, les câlines embûches ou les révoltes ouvertes, surtout contre la force d'inertie de ces petits lutins ou de ces jeunes drôles ; voilà, sans compter les vertus d'état, de quels dons ils doivent être munis. Aussi voudrais-je pour ces scrutateurs-arbitres un recrutement spécial et une rémunération à part. Je voudrais que *maître d'étude des classes épuratoires* fût un titre envié ; que, dans les lycées d'ordre supérieur, l'Université non seulement ne confiât ce poste qu'à des bacheliers, mais y plaçât même quelques-uns des licenciés qui si longtemps attendent un emploi, et s'attacheraient, je l'espère, à une situation où ils peuvent si bien mettre en évidence toutes les qualités de l'éducateur modèle.

Ainsi, pour en revenir à notre point de départ, ainsi serait atteint le but essentiel de cette étude ; car pourrait-il y avoir du *surmenage*, là où il n'y aurait plus de *surmenables* ?

« Tout ceci, en principe, paraît assez soutenable,

Le malade ne ressentit aucune douleur durant tout le temps que dura le contact de l'iode avec la tunique vaginale. Seulement, 40 minutes environ après l'opération, il accusa un peu de chaleur dans les bourses, mais jamais cette sensation ne fut réellement douloureuse.

Quelques jours après, le 7 avril, j'avais à pratiquer moi-même, sur un jeune homme de 24 ans, la même opération (ponction évacuatrice et injection iodée), pour un cas de kyste spermatique gros comme un œuf de poule. Le patient redoutait beaucoup la douleur de l'injection au sujet de laquelle il avait demandé des renseignements.

Je pratiquai la ponction évacuatrice qui amena environ 80 grammes de liquide blanc laiteux, puis j'injectai une solution de 1 gr. de cocaïne dans 50 grammes d'eau ; je le laissai en place 10 minutes pendant lesquelles le patient n'éprouva aucune sensation spéciale.

Au bout de ce temps, je retirai la solution et j'injectai à la place la teinture d'iode au 1/3 comme d'usage. L'anesthésie était parfaite et mon malade n'éprouva pas la moindre sensation pénible. Je laissai *la teinture d'iode 4 minutes*, et je la retirai. Ce fut seulement 4 à 5 heures après l'opération que survint une sensation de chaleur peu pénible et durant très peu de temps.

Dans les deux cas que nous venons de citer, l'a*nesthésie avait été parfaite* pour ce qui concerne l'injection iodée. Les opérés n'avaient ressenti que la douleur de la ponction et celle de l'extraction de la canule. Ce dernier temps de l'opération est d'ailleurs rendu assez douloureux par l'état rugueux de la canule dû au contact avec la teinture d'iode. On pourrait supprimer ces deux phases douloureuses en pratiquant au point où l'on doit faire la ponction une injection hypodermique d'une demi-seringue de solution de cocaïne et en recouvrant la peau bien nettoyée au préalable avec un petit linge imbibé de la même solution. Nous avons montré, il y a plus de deux ans, que par ce moyen on peut insensibiliser une région pendant 25 à 30 minutes pour pratiquer de petites opérations.

Du cathétérisme chez les Prostatiques.

Les indications du cathétérisme dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate sont encore l'objet de nombreuses contestations.

M. le professeur Guyon, dont la parole fait autorité en pareille matière, rejette le cathétérisme évacuateur dans la *première période* alors qu'il n'y a que des signes de congestion prostatique sans rétention d'urine. Il le conseille au contraire dans la seconde période, quand la distension de la vessie est survenue et que le malade ne peut plus la vider complètement.

Il faut alors faire une *évacuation lente, méthodiquement successive* et *antiseptique*. On doit habituer d'abord l'urèthre au contact de petits instruments, surtout chez les sujets qui ont déjà des signes de complications séniles commençantes, puis on emploie des sondes nº 15 ou 16 et on arrête l'évacuation dès qu'il n'y a plus de jet véritable ; on remplace alors le quart du liquide enlevé par une quantité égale de solution boriquée à 4 %, destinée à empêcher la fermentation intra-vésicale de l'urine.

Dans la *troisième période*, celle de la cachexie urinaire, de la néphrite infectieuse grave, dans les cas extrêmes, M. Guyon rejette le cathétérisme qui peut amener des accidents mortels ; il conseille de relever les forces du malade, de le tonifier avant de

---

m'objecte-t-on. Mais dans l'application de cette réforme dont vous nous promettez merveilles, savez-vous quelles seront les conséquences immédiates ? La désertion des lycées, et la multiplication des *boîtes à bachot.* »

On peut, en effet, le prévoir, pour un temps. Et, sans avoir ravi le feu du ciel, nous savons tout ce que peut receler de maux une *boîte*. Mais que, en surchauffant nos sujets de rebut, on en fasse, d'abord et à coup sûr, des cacochymes adolescents, plus tard des bacheliers suffisants ou de jeunes idiots, le cours des choses ramènera infailliblement vers l'Université sa clientèle. Elle l'attirera par deux avantages supplémentaires que la réforme ci-dessus formulée la mettra désormais en état d'offrir, car ils découlent forcément de l'application de ce système.

D'abord il implique la prééminence du régime de l'*internat* et du *demi-pensionnat* ; les observations faites par le maître durant les *heures d'étude* permettant seules d'apprécier utilement le niveau apparent ainsi que le niveau réel des intelligences moyennes. Abandon ou dépréciation de *l'externat*, par conséquent plus d'obstacles à l'installation de nos Lycées à la campagne, c'est-à-dire, air salubre, calme sommeil, excursions, natation, par-dessus tout libres jeux en de vastes espaces, qui, pour moi, valent et au delà tous les perfectionnements réglementés de la gymnastique moderne.

En second lieu, — mais ma plus grande incompétence m'impose sur ce point la plus grande réserve — n'entrevoit-on pas dès lors la cessation du principal agent du surmenage ? Ainsi triés, surtout ainsi éduqués, les élèves de nos lycées ne représentent plus l'écolier simple écho. Ce qu'on leur enseigne, ils le gardent, parce qu'il ont employé les heures de l'étude à se l'assimiler. Pourquoi donc les astreindre à des formalités qui, quant au savoir réel, ne le prouvent pas plus qu'elles ne le donnent ? Bacheliers de fait au terme de leur scolarité, pourquoi, *ipso facto*, ne le deviendraient-ils pas de droit ?

L'application de mon système rendrait donc exécutable la proposition suivante déjà plusieurs fois mise en avant :

Recevrait sans autre examen son diplôme de bachelier tout élève ayant fait la totalité de ses études dans un établissement universitaire, et qui, durant les trois dernières années, aurait obtenu un quantum déterminé de points dans ses compositions sur les matières afférentes à l'espèce de baccalauréat qu'il a visé.

Ainsi attisé de longue date, assuré d'ailleurs de sa récompense immédiate, renaîtrait sans doute parmi nous le goût des fortes études. Et, du même coup, par la suppression possible des préparations au *bachot*, disparaîtrait aussi la cause la plus active du genre de surmenage le plus dangereux pour la jeunesse. (*Bulletin médical.*)

tenter aucune intervention thérapeutique. M. Lavaux, au cours d'un article dont nous exposons ici la substance, pense que tout le danger de ces cas extrêmes réside dans la présence d'une quantité énorme d'agents infectieux dans la vessie, et qu'il y a là une source d'infection permanente et mortelle qu'il faudra combattre à tout prix. Il pense que, même à cette troisième période grave et mortelle, les accidents peuvent encore être enrayés au moyen d'un traitement qui permet de combiner l'évacuation antiseptique et les lavages de la vessie.

Voici comment il conseille de procéder :

1° Il faut d'abord faire le lavage de l'urèthre au moyen d'une sonde portée jusqu'au bulbe et d'un instrument laveur dont il a donné la description et qui fournit un écoulement de pression aussi douce et aussi variable que l'on veut, suivant qu'on élève plus ou moins le réservoir.

2° On évacue ensuite avec une sonde n° 15 ou 16 jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de jet.

3° Puis on injecte, à faible pression, de l'eau boriquée à 4 % et on la laisse couler par la sonde avec l'urine purulente que contient le bas-fond de la vessie. On recommence plusieurs fois jusqu'à ce que l'eau revienne propre sans trace de pus. Après quoi on laisse dans la vessie 150 à 200 gr. d'eau boriquée suivant la capacité du réservoir dilaté.

4° On termine par un lavage de l'urèthre comme on l'a fait en commençant.

M. Lavaux rapporte l'observation d'un malade présentant tous les symptômes d'une cachexie urineuse avancée qui a été rapidement améliorée par ce traitement (1).

La méthode d'évacuation et de lavage antiseptique de la vessie semble très utile en pratique ; mais nous croyons que, lorsque les reins sont altérés, il est bon de combiner avec elle l'usage d'antiseptiques pris à l'intérieur et éliminés par le rein malade. M. Terrier l'a recommandé l'an dernier à la Société de chirurgie, et nous avons exposé cette méthode dans les colonnes du *Concours*, il y a un an environ et plus récemment dans d'autres travaux. Nous employons actuellement dans ces cas, et même dans toutes les affections des voies urinaires où il y a décomposition ammoniacale de l'urine et par conséquent menace d'altération du rein, le biborate et le benzoate de soude à la dose de 4 grammes, chacun, dans les 24 heures. Récemment on a préconisé le salol pour le même usage ; nous nous proposons de l'employer quand nous en aurons l'occasion.

De la Pneumotomie (2).

Le Dr Guermonprez (de Lille) vient d'ajouter une nouvelle et intéressante observation au dossier de la chirurgie du poumon.

Un homme de 24 ans fut pris, trois mois après une fièvre typhoïde grave, d'une vomique qui persista pendant près de quatre années. Cette affection ayant résisté à tous les traitements médicaux possibles, M. Guermonprez, en septembre 1886, croyant à un foyer superficiel, incisa la plèvre dans le 9e espace intercostal ; mais, trouvant le poumon sain, il n'alla pas plus loin. La plaie suturée se réunit par première intention.

Deux mois après, comme il n'y avait eu aucune amélioration notable, un autre chirurgien enleva un fragment de la 8e côte, puis fit des ponctions répétées dans diverses directions ; il incisa même le tissu pulmonaire avec le thermo-cautère et, ne trouvant aucun foyer pathologique, il en resta là.

Enfin, dans les premiers jours du mois d'août dernier, M. Guermonprez, voulant tenter encore une fois la guérison de son malade, pratiqua une incision profonde de 6 à 7 centimètres dans le tissu pulmonaire avec le thermo-cautère ; explorant ensuite avec le doigt, il trouva une région formée de tissu friable et parsemé de cavités du volume d'une noisette à une grosse noix ; ces cavités furent lavées avec une solution tiède d'eucalyptol, et cette manœuvre ne produisit aucun phénomène de suffocation.

Les jours suivants il se développa une pneumonie légère qui disparut en 3 jours ; on continua les lavages et la suppuration devint moins abondante, en même temps que l'expectoration devenait beaucoup moins fétide et laissait dégager une odeur très nette d'eucalyptol. Tout fait espérer que le malade va être guéri radicalement par cette intervention hardie.

Ce fait est un nouvel exemple montrant l'innocuité des incisions même profondes pratiquées dans le tissu pulmonaire ; il montre, de plus, que l'incision exploratrice de la plèvre n'est nullement dangereuse.

Dr Barette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 27 septembre.

M. Seiler réclame la priorité pour le traitement de la phthisie par les inhalations de vapeurs d'acide fluorhydrique sur lesquelles M. Garcin a fait une communication dans la dernière séance.

— M. *Verneuil* fait une communication sur les *ulcérations imaginaires de la langue.*

Velpeau a jadis signalé les tumeurs imaginaires de la mamelle et décrit les tourments physiques des malades en même temps que les incertitudes des médecins consultés dans ces cas souvent difficiles. Cette forme morbide mérite de rester dans le cadre nosologique, car il est des cas où les praticiens même expérimentés sont embarrassés. Il existe, en effet, ici deux facteurs pathologiques ; la douleur, d'une part, et, de l'autre, quelque lobule glandulaire sensible au toucher et offrant une consistance plus grande que les autres qui permet de croire qu'il existe là un néoplasme au début.

On sait, en revanche, qu'il ne s'agit souvent que d'une névralgie intercostale ou brachio-thoracique avec point mammaire sans lésion organique dans la glande, et, par conséquent, sans nécessité d'une intervention chirurgicale que les malades accepteraient volontiers.

Ce que Velpeau a fait pour le sein, M. Verneuil voudrait le faire pour la langue. Il a rencontré, là

(1) *Arch. gén. de Médecine*, août 1887.

(2) Académie de médecine, 30 août 1887.

aussi, la réunion du symptôme douleur avec une peudo-lésion anatomique constituant une affection pénible en elle-même en raison des souffrances qu'elle provoque, mais réagissant aussi sur le moral d'une façon très fâcheuse ; les patients étaient convaincus qu'ils sont porteurs d'un cancer commençant de la langue. Il a observé cinq cas de ce genre, tous bien caractérisés etsurtout si semblables que la description de l'un d'eux, avec quelques détails, mettrait le praticien à même de reconnaître l'affection et en donnerait une idée suffisante. Il ne s'agit là, en somme, que d'une variété de névralgie linguale, mais le diagnostic n'est généralement pas porté, et la nature réelle du mal reste le plus souvent méconnue. Les prescriptions et les ordonnances en font foi.

Depuis plus d'un an, M. Verneuil observe le cas suivant :

M. X., avocat, habitant la province, 42 ans, taille moyenne, fortement musclé, offre toutes les apparences de la santé. Pas de maladies sérieuses dans le passé, pas de syphilis. Il se croit seulement menacé de la goutte par ses antécédents de famille. Il vient consulter au commencement de 1886 pour une affection de la langue qui l'inquiète fort et qu'il croit de nature maligne ; elle est survenue *depuis plus d'un an et va toujours en s'aggravant*. Elle a résisté à tous les moyens mis en usage, et provoque tantôt une simple gêne, tantôt une douleur vive et bien localisée se propageant vers l'oreille. Tous les mouvements de la langue exaspèrent cette sensation, bien qu'ils s'exécutent facilement. M. X. mène une vie régulière, n'a jamais beaucoup fumé, a même cessé complètement depuis quelque temps : l'examen des urines a donné un résultat négatif.

L'inspection attentive et le toucher du bord gauche de la langue ne font rien voir ni sentir de suspect. La langue est molle, souple et saine, la muqueuse buccale intacte, les ganglions non engorgés. Le malade est surpris du résultat de cet examen et insiste pour qu'il y soit procédé de nouveau. Il indique alors comme siège précis de sa douleur, la saillie de la papille caliciforme la plus externe du V lingual. M. Verneuil lui fait alors constater que la papille de l'autre côté fait une saillie semblable ; seulement, elle n'est pas douloureuse. Il s'agissait là d'une névralgie linguale sans aucune lésion déterminante. Cette affirmation faite au malade ne le rassura pas complètement, et, à plusieurs reprises, il s'est de nouveau cru atteint de son mal aussitôt qu'il cessait le traitement institué et dont il tirait grand bénéfice. Depuis un an, son état s'est bien amélioré, et la guérison est aujourd'hui assurée bien plus par le traitement moral que par le traitement local, consistant en gargarismes émollients et en attouchements avec une solution de cocaïne. Le traitement général de l'arthritisme consista en eau de Vals, liqueur de Fowler, bains alcalins.

M. Verneuil cite quatre observations ayant trait à un médecin, à un rentier, à un officier de dragons et à une dame. Tous ont présenté les mêmes phénomènes, tous étaient obsédés par cette douleur toujours localisée au même point. Tous, malheureusement, n'ont pu être suivis. Le médecin est mort quelque temps après paralytique général, l'officier va mieux ; sur les deux autres, pas de renseignements. Le traitement institué dans ces divers cas peut se résumer en ceci :

1° Injections hypodermiques intra-linguales ;

2° Cautérisation profonde avec le thermo cautère dans la région malade ;

3° Destruction des papilles caliciformes avec le même agent.

La névrotomie et l'électricité seraient peut-être efficaces.

L'histoire de ces ulcérations imaginaires de la langue est en tous cas fort incomplète. C'est à peine si l'on trouve, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, un article de Dechambre sur la névralgie linguale. La discussion de faits nouveaux serait nécessaire à l'achèvement de la question.

M. *Fournier* croit cette affection beaucoup plus fréquente qu'on ne serait tenté de l'admettre. Pour sa part, il en a vu un certain nombre de cas chez des malades se trouvant dans les conditions indiquées par M. Verneuil. Ses recherches bibliographiques ne lui ont fait découvrir que l'article de Dechambre et quelques observations de névralgie linguale d'origine syphilitique. Selon lui, trois causes peuvent surtout provoquer cette affection :

1° La goutte; 2° un appareil prothétique ; 3° le tabès. Quant aux médicaments administrés dans ces cas, il est convaincu de leur inefficacité. Seul, le bromure de potassium à la dose de 6 ou 8 grammes paraît avoir quelques succès à son actif. C'est surtout une médication morale qui pourra venir à bout de l'affection.

M. Labbé a vu plusieurs cas de ce genre, dont deux chez des médecins. Il insiste sur ce fait que le traitement doit surtout s'adresser au moral du malade, et c'est le plus souvent parce que les praticiens n'ont pas une autorité suffisante qu'ils administrent un grand nombre de médicaments, n'osant être trop affirmatifs.

M. Laborde voit dans les observations de M. Verneuil une catégorie spéciale de malades : les hypochondriaques et les individus qui plus tard seront atteints de paralysie générale. Il y a là un fait intéressant qui mérite d'attirer l'attention.

M. *Perrin* cite le cas d'un malade qui faillit être opéré en Italie pour un cas de ce genre, et qui est actuellement bien amélioré uniquement par le traitement moral.

M. *Larrey* signale le cas d'un officier qui, voyant souvent un de ses camarades atteint de cancer de la langue, se crut lui-même atteint du même mal et fut très long à se séparer de cette idée.

M. *Verneuil* est heureux d'avoir soulevé une discussion qui ne fait que confirmer l'existence de la lacune qui existe dans la science au sujet de cette affection. Il remarque surtout que personne n'a rien tenté de chirurgical contre elle. Or, de même que, lorsqu'une névralgie a un siège fixe en tout autre point du corps, on agit, il paraît rationnel d'agir aussi dans le cas d'ulcération imaginaire de la langue. En plus du traitement physique appliqué *loco dolenti*, on produirait ainsi, soit par le thermo-cautère, soit par des injections sous-cutanées, un effet moral considérable sur le malade.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Société d'assurance des médecins anglais contre la maladie.

La 4e assemblée générale de la Société a eu lieu à Dublin le 3 août.

Le président, M. E. Hart, se félicite d'abord de la prospérité de la Société, dont le succès dépasse celui

de toutes les autres assurances anglaises. La principale cause du bon fonctionnement consiste dans la réduction aussi complète que possible des frais d'administration. Après trois ans pleins d'existence, la Société possède une réserve de plus de 17,000 livres st. et aujourd'hui, en admettant qu'il ne vienne aucun adhérent nouveau, la Société est en mesure de faire face à tous ses engagements et de suffire à tous les besoins.

Les frais, qui sont dans toutes les Sociétés de 15 %, n'ont été dans la société médicale d'assurance contre la maladie que de 4,2 %, grâce au zèle des administrateurs dont toutes les fonctions sont gratuites.

M. Sibley, prenant alors la parole, a fait un exposé détaillé de la situation financière de la Société au 30 juin 1887. Pendant l'année qui vient de s'écouler, 125 demandes d'admission ont été envoyées contre 97 l'année précédente. Sur ces 125 demandes, 5 ont dû être rejetées. Parmi les 120 restant, il y a eu 15 renvois pour non paiement, 3 membres ont démissionné et ont reçu une compensation et 4 sont morts. Il reste donc une augmentation nette de 98 membres, ce qui porte l'effectif de la Société à 774 membres. Sur les 3 membres qui ont démissionné, un a reçu l'intégralité des primes qu'il avait versées, les 2 autres 70 %, d'après les statuts. Il est à remarquer qu'au sujet du remboursement des primes, le comité a tout pouvoir.

M. Sibley fait voir ensuite combien l'accroissement de la Société est régulier et il prouve que désormais l'expérience est suffisamment concluante pour qu'on soit assuré de la prospérité de la Société quoi qu'il arrive, aussi bien s'il survient des membres nouveaux que si le contingent des associés reste le même.

La Société a reçu pendant l'année 4,293 L. st. (y compris les intérêts des fonds placés) contre 3,716 L. st. l'année précédente. On a payé 1,610 L. st. d'indemnité de maladie contre 1,416 L. st. l'année précédente. L'année dernière on a dépensé 38,1 % des revenus et cette année 37,7 % seulement.

Pour la branche maladie seulement, il existe actuellement une réserve de 7,794 L. st. (soit plus de 195,000 francs).

Pendant le précédent trimestre, on a payé 497 semaines de maladie (contre 443 le trimestre précédent), ce qui indique qu'il y a eu des cas plus graves et plus prolongés. Les maladies qui dominent sont les affections pulmonaires et rhumatismales et surtout les accidents, ce qui s'explique par la nature des occupations des assurés exposés à toutes les intempéries et aux accidents de voiture et de chevaux. C'est une raison de plus pour les médecins et les débutants surtout de devenir membres de la Société. (S'adresser au secrétaire M. J. Radley, 26, Wynne Road Brixton, London, S. W. pour tous renseignements).

La plus sensitive des somnambules.

Il y a quelques jours, dit le *Mémorial de la Loire*, plusieurs journaux de Saint-Etienne et de Lyon publiaient, à leur quatrième page, une annonce ainsi libellée :

« Mme Claudia, la plus sensitive somnambule du monde, infaillible dans ses consultations, accompagnée du Dr Antonio, renseigne sur tout : cartes, lignes de la main et magnétisme, moyen de réussir. Prix mod. S'adr., etc., etc. Correspondance. »

La plus sensitive des somnambules, personne déjà sur le retour, a comparu samedi dernier, en compagnie du Dr Antonio, devant le tribunal correctionnel de Saint-Etienne, pour délit d'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie.

Mme Claudia allègue pour sa défense que les remèdes ordonnés par elle n'ont jamais nui à personne. Au contraire, ils ont souvent été efficaces, ainsi que l'attestent des certificats.

Quant à Antonio, à qui on reproche d'avoir usurpé le titre de docteur, il prétend que le Dr de l'annonce insérée dans les journaux signifiait « Directeur ». Il était le « directeur » de Mme Claudia, de même que M. Carvalho était le directeur de Mlle Van Zandt ou que M. X... est le directeur d'une ménagerie quelconque.

Malgré une plaidoirie de Me Gay, Mme Claudia est condamnée à 50 francs et M. Antonio à 100 francs d'amende. (*La Lanterne*, 18 août 1887).

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

Bibliothèques et bibliothécaires. — De l'érysipèle chez le nouveau-né. — Des végétations chez les femmes enceintes. — Des accidents attribués aux injections de sublimé. — De la rétention des membranes.

Revue de vacances ; la Faculté est fermée ; professeurs et chefs de service ont fui ; quelques-uns,

Rari nantes in gurgite vasto,

pour congresser à Washington ; d'autres se livrent, comme de simples praticiens, aux plaisirs de la chasse ou de la pêche ; quelques-uns sont partis à Vienne pour voir et étudier les progrès de l'hygiène ; d'autres sont simplement en villégiature, ainsi que nous l'annonce de temps à autre le *Figaro* à sa 4me page ; tous vont bientôt reprendre leurs travaux et leur clientèle.

La bibliothèque de l'École est à peine entr'ouverte quelques heures de la semaine ; lorsqu'on y pénètre, on se rappelle involontairement cette appréciation fantaisiste d'un critique moderne, Bergerat-Caliban, sur les bibliothèques et les bibliothécaires en général : « .... Le bibliothécaire idéal, c'est celui qui est atteint du furieux bibliomanique et qui tombe en pâmoison à l'odeur d'un princeps. Savoir refuser un livre à celui qui vient le demander, dans une bibliothèque, c'est quelque chose déjà, mais le lui refuser de façon à le dégoûter à jamais d'en demander d'autres, voilà le signe de race et de profession. La place de bibliothécaire est une lutte quotidienne contre le liseur public. Il doit nuire de tout son pouvoir à l'instruction gratuite. Il est là pour rabattre sur le cabinet de lecture. »

Il est certain que de grandes améliorations sont à faire dans l'installation et le *modus vivendi* de notre bibliothèque de l'École de médecine ; ce serait un titre de plus à la reconnaissance des étudiants et du public médical que notre excellent doyen, M. Brouardel, pourrait acquérir facilement en portant son attention de ce côté. Il est tout au moins à souhaiter que, dans la nouvelle école de médecine, le local destiné à la bibliothèque soit

mieux installé, plus confortable et le personnel subalterne plus... affable: les deux choses seront également faciles.

Aussi, pour aujourd'hui, nous ne serons pas allé à la bibliothèque puiser les éléments d'un article d'obstétrique. Ce serait d'ailleurs peine inutile, puisque nous avons l'intention de passer en revue les principales thèses de l'année 1886-1887 sur l'obstétrique ; or, ces documents ne seront mis à la disposition des lecteurs que dans... deux ou trois ans. Il faut le temps de les classer, de les relier et de... les monter au grenier. Ce n'est vraiment pas la peine de nous demander 150 et quelques exemplaires de nos thèses pour que nos contemporains ne puissent prendre connaissance de nos œuvres dans une bibliothèque que lorsqu'un autre travail plus récent a été publié sur la question. Mais assez bavardé sur ce sujet dont l'Association des étudiants devrait bien s'occuper activement.

De l'érysipèle chez le nouveau-né (1).

Bien qu'assez rare chez le nouveau-né, l'érysipèle n'en présente pas moins un intérêt pratique assez grand que le Dr Mavrikos a bien fait ressortir : l'érysipèle se développe de préférence dans les milieux malsains, parmi les classes ouvrières ; les conditions qui favorisent son apparition sont la misère, la malpropreté, l'encombrement, les mauvais soins, le mauvais état général du sujet et en particulier l'athrepsie (Parrot) ; mais, pour que l'érysipèle apparaisse, il faut que l'agent infectieux ait pénétré dans l'organisme par une solution de continuité des téguments ; cette porte d'entrée chez le nouveau-né est très souvent la cicatrice ombilicale, baignée par des liquides purulents que Lorain appelait les lochios ombilicales du nouveau-né. L'érysipèle débute encore par les organes génitaux ou les cuisses : on trouve alors facilement la porte d'entrée dans de petites exulcérations des parties génitales externes, dans l'existence d'un intertrigo entre la face interne des cuisses, dans l'érythème de ces régions qui se produit sous l'influence de la diarrhée, lorsque l'enfant n'est pas entouré de grands soins de propreté. D'autres fois, ce sont des pustules de vaccin, d'ecthyma, des éruptions strumeuses, en particulier les gourmes du cuir chevelu, qui servent de point de départ à l'affection : tel est le cas le plus habituel chez les tout jeunes enfants lorsque la cicatrice ombilicale est cutanisée.

Le début de l'érysipèle est habituellement insidieux ; les signes locaux existent seuls et sont surtout caractérisés par la rougeur vive de la peau, la dureté et la rénitence du tissu cellulaire, l'absence de bourrelet périphérique, la tendance à la suppuration et surtout à la gangrène. La forme gangréneuse de l'érysipèle qui est une complication assez rare chez l'adulte est si fréquente chez les nouveau-nés qu'elle fait pour ainsi dire partie de la maladie. A la période d'état, à mesure que les symptômes locaux évoluent, l'état général est marqué par une grande excitation, avec troubles digestifs très accusés. La température est régulière, peu sujette aux oscillations.

La marche est habituellement aiguë ; l'érysipèle se termine rarement par la guérison ; le plus souvent le nouveau-né finit dans le collapsus : la mort peut être hâtée ou même déterminée par des complications telles que pleurésie, méningite, péritonite, phlébite de la veine ombilicale, ictère, etc. La terminaison la plus fréquente est la mort ; elle est surtout fréquente dans les premières semaines de la vie, c'est-à-dire, lorsqu'il s'agit du véritable nouveau-né, et, pour Trousseau, la mort est fatale ou presque fatale chez l'enfant âgé de moins de 15 jours. Au deuxième et troisième mois, et surtout plus tard, la guérison peut survenir, mais ce n'est bien entendu qu'après un temps qui varie avec l'intensité des symptômes locaux ; s'il y a eu des plaques de gangrène, il faut un temps assez long pour éliminer les escharres et réparer les pertes de substance.

Il est facile de distinguer l'érysipèle chez le nouveau-né d'avec l'eczéma rubrum, l'urticaire, l'érythème simple ; le diagnostic avec le sclérème est parfois plus délicat ; cependant l'absence de coloration de la peau n'existe que dans le sclérème.

Le traitement prophylactique est extrêmement important ; il consiste dans une hygiène raisonnée, dans de bons soins permanents du nouveau-né, surtout dans les soins de propreté ; il faut éviter tout érythème, toute excoriation capable de créer une porte d'entrée à l'infection érysipélateuse. S'il existe une plaie, la plaie ombilicale par exemple, on la panse avec le plus grand soin, en s'aidant de l'antisepsie ; on ne se sert ni de l'iodoforme que les petits enfants supportent très mal, ni de l'acide phénique trop irritant pour leur peau ; la solution concentrée d'acide borique dans l'eau distillée sans alcool est bien supportée et assez antiseptique pour que, les pansements étant assez fréquemment renouvelés, aucune infection ne se produise. S'il existe le moindre foyer d'érysipèle, le nouvel être en sera autant que possible et le plus vite possible éloigné. M. Mavrikos n'a pas assez insisté dans son étude sur la meilleure manière de panser le cordon ; sans que l'érysipèle apparaisse, on voit parfois survenir des érythèmes qui ne reconnaissent d'autre cause qu'un pansement du cordon mal fait.

Grâce à ce traitement prophylactique, l'érysipèle du nouveau-né devient de plus en plus rare ; cependant, lorsqu'il survient, il faut le traiter. Sans rappeler tous les médicaments qui ont été employés localement (lotions de tannin et camphre dissous dans l'éther, émollients, pommades résolutives, antiphlogistiques, collodion, etc.), voici ce qu'il convient de faire : on recouvre les parties atteintes d'érysipèle de compresses de toile fine, imbibées fréquemment d'une solution tiède d'acide borique à 4 p. 100 et recouverte d'un taffetas gommé ; on peut encore employer la pommade boriquée à la vaseline en onctions et recouvrir d'ouate. Le traitement général est surtout tonique : on peut avoir recours à l'alcoolature de racine d'aconit à la dose de cinq à six gouttes par 24 heures dans une potion ou bien pres-

(1) Thèse Paris, 1887. Imprimerie Davy.

crire la teinture de valériane, l'extrait de quinquina, au besoin de 0,05 à 0,10 centigrammes de sulfate de quinine. Mais c'est surtout par l'alimentation (lait de la mère ou d'une bonne nourrice) qu'il faut soutenir les forces du petit malade. On ajoute, au besoin, de l'alcool qu'on peut donner sous toutes les formes, soit en nature, cognac, eau-de-vie, kirsch; soit sous forme de vin : bordeaux, malaga, xérès, champagne, étendu d'eau simplement ou de liqueurs sucrées ou aromatiques, tisanes, sirops.

Traitement des végétations chez les femmes enceintes (1).

Le médecin est parfois consulté par des femmes enceintes qui se plaignent d'avoir au niveau des parties génitales externes ce qu'elles appellent « de petites excroissances de chair » ; ces végétations, qui n'ont aucun rapport d'origine avec les végétations syphilitiques, se développent au niveau de la vulve, du vagin ; généralement discrètes et ne présentant aucun inconvénient, elles peuvent devenir confluentes et acquérir un développement exagéré ; elles donnent alors facilement lieu à un suintement odorant qui incommode les femmes.

Presque tous les accoucheurs sont d'avis de ne pas toucher à ces végétations qui disparaissent généralement après l'accouchement ; ou du moins la plupart ne conseillent l'intervention que lorsque les végétations prennent des proportions considérables. Tel n'est pas l'avis de M. Decoster : d'après lui, ces végétations peuvent être la source d'hémorrhagies, elles créent autant de portes ouvertes aux micro-organismes du dehors, « à la lymphangite, à la septicémie, à la péritonite ! L'accoucheur le plus prudent sera celui qui interviendra le plus vite et qui aura pour cette affection si bénigne, mais si trompeuse parfois, toute l'attention et tous les soins qu'elle mérite. » Aussi M. Decoster conseille-t-il de commencer le traitement des végétations par des cautérisations avec une solution de nitrate d'argent au 1/50e, puis au 1/25e, puis au 1/100e au moment de l'accouchement et des couches ; il rappelle que son maître, M. Porak, traite volontiers ces végétations par l'acide chromique et le nitrate acide de mercure. On met à la vulve de l'ouate hydrophile, dans le vagin de la poudre d'écorce de chêne, de façon à s'assurer que les caustiques en excès ne fuseront pas et qu'ils seront absorbés par ces agents. Sans doute ce traitement doit être inoffensif et n'expose guère à un avortement ; mais le plus souvent n'est-il pas inutile? « Pourquoi, disait Cullerier, fatiguer une femme grosse par un traitement inutile ? En effet, quelques jours après l'accouchement, on cherche en vain la trace même des végétations; elles ont disparu avec la cause qui les avait produites et bien rarement elles reparaissent à une seconde grossesse. » MM. Tarnier et Budin, tout en reconnaissant que l'accouchement ne fait pas toujours disparaître les végétations, répudient tout traitement énergique. M. Tarnier conseille d'appliquer une solution de tanin en consistance sirupeuse.

(1) Thèse Paris, 1887. Librairie Ollier-Henry.

D'ailleurs, si les végétations persistent après l'accouchement, il est toujours temps de les traiter, soit par l'incision, le broiement, l'écrasement, soit par le raclage, soit même par les attouchements avec des substances caustiques. — Pendant la grossesse, il faut que ces végétations prennent un développement considérable, qu'elles créent un véritable danger pour les femmes, pour qu'une intervention soit nécessaire ou même utile.

Des injections de sublimé (1).

Notre excellent confrère Bordes, avait d'abord, sur le conseil de M. Pinard, commencé un travail sur les inconvénients des injections hydrargyriques chez les femmes albuminuriques ; mais les recherches nécessitées par l'étude de cette question lui ont inspiré des doutes sur la valeur des accusations qu'on fait peser sur le sublimé ; avec une bonne foi qui lui fait honneur, il a préféré étudier un autre point de cette question si intéressante, et chercher ce qu'il faut penser des accidents attribués aux injections de sublimé chez les femmes en couches.

D'après Bordes, les accidents attribués au sublimé ne sont pas probants ; l'identité des symptômes (diarrhée, albuminurie, éruptions) et des lésions de l'infection puerpérale permettent de croire qu'on a confondu les effets du remède avec ceux de la maladie. Les lésions rénales mises sur le compte du sublimé doivent être rapportées à la néphrite diffuse que produit également l'infection puerpérale. Les expériences de laboratoire ne sont pas davantage concluantes, puisque les animaux sur lesquels on a expérimenté ont normalement dans les reins des proportions considérables d'oxalate de chaux ; les chiens et les chats soumis à des expériences analogues ont, à l'état normal, une dégénérescence graisseuse du rein. Un état pathologique quelconque, le surmenage physique et intellectuel, provoquant l'apparition de l'oxalate de chaux, ne permettent pas de donner une interprétation valable à la présence de ce sel dans les reins des femmes mortes en couches.

M. Bordes fait trop bon marché des accidents attribués au sublimé ; laissant à part la question expérimentale et nous tenant sur le terrain de la clinique, il nous semble qu'il y a quelque exagération à rattacher à l'infection puerpérale les troubles qu'on observe chez les accouchées soumises aux injections hydrargyriques. Sans doute, la question est difficile à résoudre chez une femme qui a des accidents d'infection et chez laquelle la thérapeutique consiste dans les injections de sublimé : il est presque impossible de faire la part des accidents dus à la maladie ou au médicament. Mais prenons une femme chez laquelle tout s'est passé normalement; elle est soumise, par précaution, aux lavages antiseptiques ; tout d'un coup elle présente de la gingivite, de la salivation, de la diarrhée, etc., et pourquoi ne serait-ce pas là de l'intoxication mercurielle ? Qu'arrive-t-il en effet ? On supprime le mercure ; on le remplace par l'acide phénique, l'acide

(1) Thèse de Paris 1887. Imprimerie des Écoles.

borique ; les accidents diminuent, puis disparaissent : singulière affection puerpérale que celle qui s'atténue à mesure qu'on diminue l'énergie de l'antiseptique employé.

Comment expliquer, autrement que par l'intoxication mercurielle due à l'emploi d'une solution mal titrée, ces faits de diarrhées abondantes, qui surviennent dans une même salle chez presque toutes les accouchées, soumises aux injections, alors que rien dans l'alimentation, dans les conditions climatériques ne peut amener cet accident? Si l'on admet qu'une intoxication mercurielle légère puisse survenir chez les accouchées, il n'y a pas de raison pour qu'on mette en doute la possibilité d'accidents plus graves. D'ailleurs, M. Bordes n'ose pas nier que le sublimé, poison, puisse empoisonner, puis donner lieu à des accidents mortels ; aussi insiste-t-il avec raison sur les précautions à prendre pour éviter tout accident.

Il faut assurer dans les injections le retour du liquide antiseptique : la sonde de M. Budin remplit cette condition. Il est indispensable d'employer pour les solutions de l'eau ne contenant pas de sels de chaux ; ceux-ci décomposent le sublimé, et l'empêchent ainsi de produire les effets désirés. Il faut user de prudence dans l'emploi du bichlorure, lorsque les femmes ont perdu beaucoup de sang, lorsqu'elles sont anémiques et surtout albuminuriques.

« Si l'on remplit rigoureusement ces conditions, dit M. Bordes, et qu'on s'inspire de la méthode inaugurée par le professeur Tarnier, le sublimé ne peut être nuisible et donne des résultats merveilleux qu'on ne saurait demander aux autres antiseptiques aujourd'hui connus. » M. Bordes semble avoir oublié les résultats qu'il a observés à Lariboisière où l'on emploie la solution de biiodure de mercure à 1/4000. Je ne sache pas que le biiodure le cède en rien au sublimé ; peut-être même lui est-il supérieur, puisqu'il possède un pouvoir antiseptique plus considérable et qu'on peut l'employer à dose moins élevée : les chances d'intoxication sont d'autant moindres.

De la rétention des membranes (1).

Notre excellent ami, le Dr Dentu (de Bernay), a étudié avec grand soin un chapitre intéressant de la délivrance, la rétention des membranes ; après avoir rappelé les principales causes invoquées par les auteurs pour expliquer cet accident (adhérence anormale des membranes, minceur et friabilité des membranes, leur entortillement autour d'un caillot, qui ne peut pas facilement traverser l'orifice interne de l'utérus rétracté, la rétraction énergique de l'orifice interne, l'existence d'un placenta accessoire, la présentation du placenta par un bord, etc). Dentu s'est surtout attaché à montrer que les adhérences anormales des membranes, cause la plus fréquente de la rétention, étaient très souvent liées à des hémorrhagies survenant dans les premiers mois de la grossesse.

Lorsqu'une hémorrhagie a lieu chez une femme enceinte, une partie seulement du sang s'écoule au dehors ; une certaine quantité reste dans la cavité utérine entre l'utérus et les membranes ; les caillots se transforment ; la fibrine se stratifie et crée ainsi des adhérences anormales entre les membranes et la paroi utérine. Parfois cependant ces adhérences existent chez les femmes qui n'ont eu aucune perte de sang ; c'est qu'alors le sang, après s'être épanché au niveau du point où a eu lieu la rupture vasculaire, s'est infiltré entre les membranes et l'utérus, mais n'a pas franchi l'orifice externe : la femme n'a pu s'apercevoir de cette hémorrhagie qui se passait dans son organisme : ce sont les hémorrhagies internes sur lesquelles Baudelocque a appelé l'attention. Ce qu'il importe de retenir, c'est que toute femme qui a perdu du sang pendant les premiers mois de la gestation est exposée à avoir une rétention des membranes lors de l'accouchement, par suite de l'adhérence anormale de ces membranes ; de plus, ainsi que M. Pinard l'a démontré dans une leçon faite à la Clinique d'accouchements, l'adhérence des membranes est souvent la cause qui amène le placenta à se présenter par sa face utérine.

Plusieurs enseignements pratiques sont à tirer des recherches de Dentu ; lorsqu'une femme a eu des hémorrhagies pendant la grossesse, on veillera avec grand soin à la délivrance ; si surtout le placenta se présente par la face utérine, on usera de patience et on se gardera bien d'exercer des tractions sur le cordon ; si les membranes ne viennent pas, on peut donner à la femme une injection intra-utérine et on réussira parfois ainsi à avoir un arrière-faix complet.

Si, malgré ces précautions, les membranes restent adhérentes et ne se détachent pas de la paroi utérine, on les sectionne, après avoir jeté un fil sur elles au ras de la vulve. Puis on fait de fréquentes injections vaginales antiseptiques, au besoin quelques injections intra-utérines très chaudes (en cas d'hémorrhagie secondaire).

Il faut surveiller attentivement l'état général et l'état local : si les lochies deviennent fétides, on doit faire les injections à espaces rapprochés, et instituer le traitement antiseptique dans toute sa rigueur.

Enfin, même s'il n'y a pas d'arrêt dans l'expulsion des membranes, il faut chez toute femme qui a eu des hémorrhagies pendant la grossesse, examiner l'arrière-faix avec un soin minutieux, et s'assurer qu'aucune partie des membranes n'est retenue dans la cavité utérine.

La lecture de l'intéressante thèse de Dentu nous donne l'espoir qu'il continuera à publier les faits saillants qu'il observera dans sa pratique ; sa bonne éducation obstétricale lui rendra la tâche facile. Les colonnes du *Concours* lui sont ouvertes, ainsi qu'à tous nos lecteurs qui pourraient si facilement nous faire part d'observations intéressantes. Nous leur serions en particulier actuellement très obligé de nous transmettre le résultat de leur pratique au point de vue de l'antisepsie dans les accouchements.

G. Lepage.

---

(1) Thèse de Paris 1887. Imprimerie Davy.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat des vallées de l'Aisne et de la Vesle

5e ANNÉE. — 21e SÉANCE

30 août 1887.

Le 30 août 1887, les membres du syndicat se sont réunis à Vailly, en la demeure de M. Ancelet, président, après un déjeuner confraternel.

Etaient présents ou représentés :

MM. Cézilly, *président d'honneur* ; Dupuy, député, *président de l'Union des syndicats* ; Dulieu, *président honoraire* ; Ancelet, *président* ; Bracon, *Vice-président* ; Lécuyer, *secrétaire-trésorier* ; Gaillart, *assesseur* ; Dupré ; Henrionnet ; Deligny ; Bours ; Woimant ; Pichancourt ; Manichon ; Faille ; Herbillon ; Delaporte ; De Châteaubourg.

La séance est ouverte à 2 heures. Le président expose que le confrère Godart est toujours malade, que plusieurs collègues sont allés le voir, et demande de porter, au nom du syndicat, à ce sympathique confrère, ses vœux de prompte guérison.

Approbation unanime.

L'ordre du jour appelle la deuxième et dernière délibération sur le projet Ancelet : *Caisse d'assurances mutuelles pour maladies temporaires.*

Le secrétaire expose que la chambre syndicale s'est réunie il y a 15 jours et a étudié le projet en discussion.

Il lui a paru que le chiffre de 24 fr. par an n'était pas du tout en harmonie avec l'indemnité de 10 fr. par jour que la société voulait allouer par jour de maladie.

Elle a aussi étudié le projet Lagoguey qui assure en cas de maladie ou d'infirmité temporaire ou permanente ; mais qui demande aux adhérents 120 fr. par an. Ce projet, du reste, qui a besoin de nombreux adhérents, restreint son action aux médecins de la Seine.

Le projet Ancelet, amendé, que nous allons discuter, est un premier pas dans la voie féconde de la mutualité.

Il assure 10 fr. par jour pendant 3 mois, durée maxima de la plupart des maladies ou accidents ; rien n'empêchera le syndicat de se rallier plus tard à un autre projet, sans abandonner la caisse Ancelet ; celle-ci a en vue *l'incapacité temporaire* ; les autres projets ont en vue *l'incapacité permanente ou temporaire.*

La moyenne des jours de maladie dans les sociétés de secours mutuels, est de 5 par membre et par an ; d'où, si nous voulons donner 10 fr. par jour il faudrait 50 fr. de cotisations annuelles.

Mais ces sociétés ont des frais de gestion, de médecins et de pharmaciens à payer, il paraît donc qu'avec 48 fr. par an, soit 4 fr. par mois, le syndicat peut parer à toute éventualité.

D'un autre côté, nous ne donnons l'indemnité que pour les maladies durant plus de 15 jours, les maladies de courte durée ne pouvant changer en rien la position médicale du malade.

Pour obvier à cet inconvénient, le syndicat étudiera un mode de *remplacement* pour 15 jours, par les confrères voisins.

Il a été décidé aussi que, pour qu'il n'y ait aucune espèce d'aléa, pour que la caisse ne se trouve jamais en déficit, le bureau pourrait avancer certaines sommes aux confrères malades, jusqu'à concurrence de la moitié de ce qui leur serait dû, et qu'à la fin de l'année seulement, il leur serait donné le complément ; en cas de nombreux malades (ce qui est exceptionnel), le bureau distribuerait les sommes disponibles au prorata des jours de maladies de chacun.

Le président fait la lecture des articles suivants qui sont tous adoptés à *l'unanimité* :

ASSOCIATION MÉDICALE MUTUELLE EN CAS DE MALADIE TEMPORAIRE.

Article 1.

Entre les membres du syndicat qui adhéreront aux présents statuts, il est établi une caisse d'assistance mutuelle, ayant pour but d'accorder une indemnité à ses membres atteints de maladies ou de blessures accidentelles les obligeant à cesser temporairement leurs fonctions.

Art. 2.

Pour être admis, il faut être valide et être accepté comme tel par le bureau.

Art. 3.

On n'a droit à l'indemnité quotidienne que six mois après que l'on est entré dans la société, et la société ne commencera à donner des indemnités qu'après six mois de formation.

Art. 4.

L'incapacité temporaire n'excédant pas *quinze jours* ne donne droit à aucune indemnité.

A partir de ce moment, l'incapacité de travail donne droit à une indemnité quotidienne de 10 fr. pendant une durée de 3 mois au plus.

Si la maladie se prolonge plus longtemps, le bureau avisera ; sa décision devra être approuvée par l'assemblée générale.

Art. 5.

Le membre malade devra aviser le secrétaire de son état de maladie, et, dès sa guérison, de la reprise de son travail.

La société peut déléguer un médecin pour constater l'état de maladie ; si le malade refuse de se laisser visiter, il perd l'indemnité.

Art. 6.

La caisse est gérée gratuitement par le bureau du Syndicat qui rend ses comptes, dans la séance qui suit le 31 mars, fin de l'exercice. Les frais de bureau sont prélevés sur la caisse du Syndicat.

Art. 7.

Les ressources de la société se composent :

1° de dons volontaires ;

2° d'une cotisation de 4 fr. par mois, payable *d'avance* et par trimestre entre les mains du trésorier qui se charge de faire rentrer les cotisations, 8 jours après l'échéance, aux frais des retardataires et par les soins de l'administration des postes. Si la traite est refusée, le membre est considéré comme démissionnaire et perd tous ses droits. On peut se libérer en un seul versement annuel.

3° d'un droit d'entrée de 24 fr., payables en deux trimestres en même temps que les cotisations, après un an de fonctionnement de la caisse.

Toute somme versée reste définitivement acquise à la caisse.

Art. 8.

Du capital annuel ainsi formé, les 9/10e sont versés à la caisse courante qui s'accroît en outre des reliquats des exercices précédents s'il a lieu.

La caisse n'est responsable que jusqu'à épuisement de la quotité disponible.

S'il y a beaucoup de malades dans la même année, en cas d'insuffisance, elle sera partagée proportionnellement.

Art. 9.

Le bureau pourra avancer de l'argent aux malades jusqu'à concurrence de 5 fr. par jour dans le cours de l'année ; le reste leur sera payé à la fin de l'année lors du règlement général des comptes.

Art. 10.

Les dons volontaires et le 1/10e du capital annuel constituent le fonds de réserve ; il sert à payer les frais de bureau ; en cas de besoin *urgent*, le bureau est autorisé à en dépenser le quart, en faveur d'un confrère malade ; il en rendra compte en assemblée générale.

Art. 11.

Les sommes versées seront placées à la caisse d'épargne, les intérêts s'ajouteront aux fonds à distribuer.

Art. 12.

L'assurance n'est pas obligatoire pour les membres *du Syndicat, mais il est indispensable* d'en faire partie pour y avoir droit.

Art. 13.

Les changements dans les présents statuts et la dissolution ne pourront être prononcés que par une assemblée générale extraordinaire et aux 3/4 des voix.

Chaque membre aura droit aux sommes versées par lui ; le surplus sera versé dans la caisse du Syndicat.

Art. 14.

La Société commencera à fonctionner le 1er octobre 1887, et à partir du 1er avril 1888, les membres fondateurs auront droit à l'indemnité.

Il est procédé ensuite à l'élection du bureau, pour la sixième année du Syndicat.

Il est réélu à l'unanimité, savoir :

Dr Ancelet, *président* ;

Dr Bracon, *vice-président* ;

Dr Lécuyer, *secrétaire-trésorier* ;

Dr Godart et Dr Gaillart, *assesseurs*.

Le Syndicat décide d'envoyer deux délégués à la réunion des Syndicats à Paris en novembre, à cause de l'importance des questions et de la discussion des projets d'assurances-maladies.

Sont élus délégués : MM. Ancelet, président, et Lécuyer, secrétaire.

La prochaine séance aura lieu à Fismes, hôtel de la Gare, le 18 octobre.

ORDRE DU JOUR :

Discours du président.

Compte rendu annuel du secrétaire.

Remplacements médicaux par les confrères voisins.

Question des nourrissons.

Révision du tarif et du règlement.

La séance est levée à 5 heures.

Le *secrétaire perpétuel*,

Dr H. LÉCUYER, de Beaurieux (Aisne).

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr REGHATIN, à Chapelle-en-Veroors (Drôme), présenté par le docteur Deville, de Lyon.

M. le Dr LALO, à Saint-Pol (Pas-de-Calais), présenté par le docteur Fauconnier, de Hesdin.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES.

Flacons gradués (Dr CRÉQUY).

Il y a quelques années, on prescrivait différents médicaments par gouttes, tels que laudanum, éther, perchlorure de fer, chloroforme, toutes les teintures, sans se douter que le poids de la goutte varie du simple au quadruple et même plus, suivant l'instrument qui sert à la mesurer, et il était très difficile, pour ne pas dire impossible, de se procurer dans les pharmacies un instrument mesurant des gouttes d'une capacité déterminée ; aujourd'hui, grâce aux expériences de M. Lebaigue, on sait que le volume de la goutte est proportionnel au diamètre extérieur du bec du compte-gouttes, et que celui-ci doit avoir 3 millimètres pour donner des gouttes d'eau distillée pesant cinq centigrammes ; son usage est devenu journalier dans toutes les pharmacies et très apprécié des médecins.

Toutes les erreurs qui résultent de l'emploi de *gouttes d'un volume non déterminé, sont peut-être* moindres que celles qui résultent de l'usage que l'on a de prescrire les potions et autres solutions par cuillerées ; qui ne sait la différence de capacité qui existe entre la cuiller d'argent et la cuiller d'étain ou de plomb de l'ouvrier, altérée et gondolée par l'usage ? N'est-il pas arrivé à tous les médecins de prescrire une potion opiacée ou autre, devant être absorbée dans la soirée en sept ou huit cuillerées, de trouver la potion aux trois-quarts pleine le lendemain matin et n'ayant produit aucun des effets que l'on avait annoncés ; cependant le malade assure qu'il a pris la quantité de cuillerées indiquées. C'est pour remédier à ces inconvénients que M. Créquy a imaginé des flacons présentant des divisions en relief sur le verre, équivalant à une cuillerée ou 15 grammes chacune. Il a adopté les grandeurs les plus usitées et les capacités données par le nouveau Codex. Ainsi la potion de 120 grammes présente huit divisions, représentant chacune 15 grammes ou une cuillerée à soupe du Codex ; soit que le médecin prescrive par divisions ou par cuillerées, il donnera une quantité parfaitement déterminée du médicament et la malade, enclin à diminuer les doses, surtout quand la potion est désagréable au goût, sera rappelé à l'observance des prescriptions de son médecin, en jetant un coup d'œil à l'échelle inscrite sur son flacon. Pour les enfants, la potion est divisée par fractions de 5 grammes correspondant à la cuillerée à café du Codex.

Certains médicaments d'un usage journalier, comme l'iodure de potassium, le bromure de potassium, la liqueur de Van Swieten, sont prescrits pour une durée assez longue. M. Créquy a adopté quatorze divisions de 15 grammes chaque, correspondant à une cuillerée par jour, avec subdivision par demie, ce qui permet de mesurer une demi-cuillerée à soupe avant chaque repas, et fait durer le flacon deux semaines. (*Bull. de Thérap.*) M. B.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs de la mort du Dr Bigourdan, de Brionne, maire de Brionne, président du syndicat médical de l'arrondissement de Bernay, membre du *Concours médical*.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St André3

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU CONCOURS MÉDICAL

le 13 novembre 1887.

Ordre du jour.

I. Rapport du Directeur. Exposition de la situation de la Société;
II. Exposition de la situation financière;
III. Exposé des travaux de l'année;
IV. Assurances contre la maladie;
V. Caisse des pensions de retraite;
VI. Comité de protection des pupilles du corps médical;
VII. Affectations diverses et budget;
VIII. Discussion des propositions des membres du *Concours médical*.

Ordre du jour de l'Assemblée générale de l'Union des Syndicats, le 13 novembre 1887.

I. Allocution du Président;
II. Situation financière et budget;
III. 1° *Exercice de la médecine civile par les médecins militaires*;
2° *Les médecins des hôpitaux et les commissions administratives*;
3° *Assistance médicale. — Médecine des indigents*;
IV. Propositions diverses.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'hygiène dans les Congrès

L'hygiène triomphe en ce moment partout, et nous nous en réjouissons. A force d'en entendre parler, les gouvernants en tous pays finiront bien par ouvrir les yeux sur la nécessité de donner satisfaction aux légitimes plaintes des médecins : M. *Rochard* a fait à ce sujet, à la séance d'ouverture de l'Association française pour l'avancement des Sciences qu'il présidait à Toulouse, un discours qui résume admirablement la question. Il avait pris pour titre *l'Avenir de l'Hygiène*.

« Deux projets de loi, a-t-il dit, ont été récemment présentés à la Chambre pour donner satisfaction à nos désirs : le premier, dû à l'initiative parlementaire, est relatif à l'organisation de la santé publique. Le second a été présenté par le gouvernement. Il concerne l'organisation du service de l'hygiène publique et n'est que la reproduction du projet sur la réorganisation des conseils d'hygiène soumis au ministre, par une commission du comité consultatif d'hygiène.

Le projet dû à l'initiative parlementaire crée, à Paris, une direction de la santé publique avec son conseil supérieur pour l'éclairer et ses agents départementaux chargés de surveiller l'exécution de ses décisions en matière d'hygiène. C'est un pouvoir agissant, ayant l'autorité nécessaire et les moyens de la faire respecter.

Dans le projet du gouvernement, ce rouage n'existe pas ; il est remplacé par un comité de direction des services de l'hygiène, composé de trois fonctionnaires ayant d'autres attributions, ne pouvant se réunir qu'à des jours et à des heures déterminés, ne présentant pas, ce me semble, au point de vue de l'unité de direction, de la promptitude et de l'énergie des décisions, de l'autorité près des subalternes, les mêmes garanties qu'un directeur exclusivement chargé de ce service, seul responsable près du ministre et ayant dans ses mains tous les rouages de son administration. C'est aussi l'opinion de la commission de la Chambre chargée d'étudier les deux projets.

Tout ne sera pas dit lorsque les Chambres auront voté la loi. Il faudra organiser et faire fonctionner le service de l'hygiène publique, et c'est alors que les difficultés commenceront. Il faudra, dans chaque département, nommer un inspecteur et un ou plusieurs sous-inspecteurs. C'est évidemment dans le corps médical qu'on les prendra ; mais il faudra qu'ils aient le temps de se former. Bien que les questions d'hygiène soient partout à l'ordre du jour, tous les médecins n'y sont pas encore assez complètement initiés pour pouvoir les résoudre d'une manière pratique.

Pour être à la hauteur d'une mission aussi délicate,

il faudra qu'ils réunissent un ensemble de connaissances qui ne se rencontrent pas d'habitude chez les mêmes personnes. Indépendamment de celles que doit posséder tout médecin, il leur sera indispensable d'être au courant des questions de droit et d'administration. Ce complément d'instruction sera nécessaire à ceux qui s'adonneront à cette spécialité.......... »

M. Rochard indique un écueil à éviter, quand les hygiénistes seront maîtres d'appliquer personnellement leurs idées. Ils devront se garder d'éveiller l'hostilité administrative.

« Déjà l'influence croissante de l'hygiène porte ombrage à plus d'un haut fonctionnaire. « Ces médecins sont bien envahissants, » disait, il y a quelques années, un ministre que gênait quelque peu le bruit fait par la fièvre typhoïde dans les sociétés savantes et le retentissement de leurs discussions dans la presse extra-médicale. Il faut s'attendre à ce qu'on nous trouve encore bien plus encombrants le jour où nous ordonnerons au lieu de conseiller. »

Les agents de la santé publique dans les départements auront fort à faire pour arriver à leur but. Il faut avoir eu à lutter contre les municipalités des petites villes afin d'obtenir d'elles la suppression d'une cause d'insalubrité évidente, la disparition de quelque cloaque immonde, de quelque mare infecte, pour savoir jusqu'où peut aller l'esprit de résistance et la toute puissance des intérêts particuliers. Les représentants de l'hygiène auront sans doute le droit d'imposer aux communes les dépenses qu'ils jugeront nécessaires, mais s'ils ne parviennent pas à convaincre les maires, ceux-ci trouveront le moyen d'éluder cette obligation ou s'en acquitteront d'une manière inintelligente, et, dans les deux cas, le but ne sera pas atteint.

M. Rochard montre ensuite que les médecins hygiénistes devront être ménagers des deniers municipaux : ils ne devront pas céder aux goûts de construction dispendieuse des architectes quand il s'agira de construire des écoles ou des hôpitaux.

« Lorsqu'on bâtit une école, il suffit que l'espace, l'air et la lumière y soient libéralement dispensés ; mais il est inutile d'élever un palais pour des enfants dont les parents habitent des masures.

S'il s'agit d'un hôpital, il ne faut pas perdre de vue que les ressources de la charité sont bornées et que, plus on dépense d'argent pour la construction, moins il en reste pour le traitement des malades.

Il est un autre terrain sur lequel l'administration de la santé publique doit se préparer à soutenir des luttes périlleuses, c'est celui des intérêts commerciaux et industriels.

Déjà, bien que les comités et les conseils d'hygiène n'aient pour mission que d'émettre des avis, ils sont battus en brèche par les négociants et par les chefs de fabrique. Lorsque ceux-ci se trouvent entravés dans leurs agissements par les interdictions de l'hygiène, ils ne la ménagent pas. Ce sera bien autre chose lorsque les avis se changeront en décisions et qu'il faudra s'y soumettre. Ce ne sera plus cette fois avec des municipalités timides que le conflit s'engagera, mais avec les hauts barons du commerce et de l'industrie. Il faudra bien compter avec eux. Si l'hygiène veut avoir le dernier mot et faire respecter ses décisions, elle fera bien d'y apporter une mesure et une prudence extrêmes.

Elle est partie jusqu'ici d'un principe parfaitement juste en théorie, mais qui mène loin dans la pratique. Ce principe consiste à interdire toute pratique dont l'innocuité n'est pas absolument démontrée. L'industrie et le commerce partent d'un principe diamétralement opposé et soutiennent qu'on ne doit interdire que les choses dont l'expérience a prouvé la nocuité. C'est à cette dernière manière de voir que les parquets se sont ralliés.

L'œuvre la plus urgente, c'est la police des maladies manifestement contagieuses.

Les contagieux ne sont même pas séparés des autres malades dans les hôpitaux. A Paris, ils sont traités pêle-mêle dans les salles d'adultes. Dans les hôpitaux d'enfants, on sépare des autres ceux qui sont atteints de variole, de diphtérie et de rougeole ; mais ce sont les seuls. La coqueluche et la scarlatine, sont traitées dans les salles communes, de telle sorte qu'on voit, tous les jours, des enfants entrer à l'hôpital avec une bronchite et y mourir de la scarlatine, qui leur a été communiquée par un de leurs petits voisins. A plus forte raison laisse-t-on ces maladies évoluer en liberté dans les maisons particulières. Aucune mesure n'est prise pour l'isolement des malades à domicile, pour la préservation de ceux qui les entourent ; pour la dé-

FEUILLETON

Insalubrité des Maternités de quelques Hôpitaux de province,

Par M. le Dr H. Napias.

La loi du 23 décembre 1874, qui assure la protection des enfants du premier âge et à laquelle le nom de notre honorable collègue le Dr Th. Roussel demeure attaché, a rendu déjà d'importants services, en diminuant, dans une certaine mesure, la marche de la dépopulation de certaines contrées de notre pays. Cette loi mérite d'être chaque jour plus sagement et plus complètement appliquée ; elle constitue le meilleur expédient à opposer aux inconvénients qui résultent chez nous de la trop faible natalité, et quand on voudra la reviser, en y apportant les amendements et les modifications qu'une expérience de 15 ans indique comme nécessaires, il conviendra de se préoccuper non seulement de la conservation des enfants, mais de la conservation des mères ; il sera juste de se dire que dans le nombre considérable des femmes qui, chaque année, succombent en donnant le jour à ces enfants, dont le nombre annuel est si peu élevé chez nous, beaucoup auraient pu, — auraient dû survivre, et que leur vie était, à ce point de vue, utant plus précieuse, qu'elles avaient fait la preuve de leur fécondité. — Il faudra que, sachant combien il y a de maladies absolument évitables parmi celles qui ont causé ces décès, on prenne les mesures nécessaires pour les empêcher dans l'avenir.

Quelle économie de la vie humaine serait plus heureuse et, ajoutons, plus productive d'intérêts que celle-là ?

Prenons un exemple. — En 1864, d'après les documents recueillis et mis en œuvre par les inspecteurs généraux des établissements de bienfaisance, il était mort en France 808 femmes en couches. Si ces 808 décès avaient été évités, et que ces femmes aient eu dans les années suivantes chacune deux enfants, c'est une somme de 1,616 naissances que nous avons perdues. Et comme ces chiffres de mortalité ont encore peu diminué, on peut compter que cette économie de la vie des femmes en couches se reproduisant chaque année, il faudrait ajouter chaque année 1,616 enfants environ au chiffre des naissances. Si même on veut considérer ce chiffre comme exagéré, si on veut le réduire d'un tiers, par exemple, c'est encore 1,000 enfants par an environ que la mortalité évitée des femmes en couches pourrait nous faire gagner. Et si on nous disait qu'il naît en France près d'un million d'enfants par an, et que ça ne serait qu'un millième d'augmentation qu'on pourrait espérer d'obtenir ainsi, nous répondrions que nous n'avons pas le droit de faire fi de la moindre économie, et que la faiblssse d

sinfection des locaux, du linge et des vêtements contaminés. Enfin et ceci me semble le comble de l'insouciance, nous sommes depuis quatre-vingt-cinq ans en possession d'un moyen certain de nous préserver de la petite vérole, et cette maladie fait encore chez nous environ 1000 victimes par an. Nous l'avons chassée de notre armée à l'aide des revaccinations, mais malgré l'avis formel de toutes les sociétés, de tous les conseils compétents, on a reculé devant la vaccine obligatoire.

Aussitôt que la direction de la santé sera organisée, son premier acte, à mon avis, devra consister à reprendre ce projet de loi et à en poursuivre le vote. En même temps, il faudra, de toute nécessité, organiser le service de la vaccine en France.

Il est indispensable de mettre le préservatif à la portée de tout le monde, à l'aide d'un service régulier de vaccination.

C'est ce que nous avons fait en Cochinchine, dans un pays sans routes, sans moyens de communication, avec des distances considérables à franchir et un personnel très restreint. Il n'y a pas de raisons pour qu'on n'arrive pas aux mêmes résultats dans un pays comme la France, où ces difficultés n'existent pas.

J'ai exposé il y a deux ans au congrès de Grenoble, un système très simple qui permettrait d'atteindre le but à peu de frais. Avec une dépense de moins d'un million, par an, on assurerait son fonctionnnement dans la France entière (1).

Les cas de variole diminueraient certainement de plus de moitié et on réaliserait par ce fait une économie considérable, car elle nous coûte, comme je l'ai prouvé, de 9 à 10 millions par an.

La fièvre typhoïde est le résultat de l'encombrement et de la malpropreté, en prenant ce mot dans son sens le plus large. Elle se transmet le plus souvent, personne n'en doute aujourd'hui, par l'usage en boisson, des eaux contaminées. Le moyen d'en préserver les populations consiste dans l'assainissement des villes, des établissements, qui renferment un grand nombre de jeunes sujets, et surtout dans la distribution abondante d'eau potable de bonne qualité. Les mêmes moyens auraient très certainement pour résultat la diminution de la diphtérie.

D'un autre côté, la fièvre intermittente règne encore dans certaines régions de la France. C'est la fièvre des marais, et il nous en reste encore 500,000 hectares à dessécher. Ce n'est à la vérité qu'une avance de fonds. Dans les opérations de ce genre, il y a double bénéfice. Les défrichements et les travaux de drainage, en même temps qu'ils substituent une population vigoureuse à quelques pauvres familles rongées par la malaria, remplacent des marais improductifs, par des champs fertiles. Les landes de Gascogne qui représentent une superficie de 800,000 hectares ne donnaient autrefois aucun produit. Elles nourrissaient une population misérable et dévorée par la fièvre. Leur assainissement et leur mise en valeur, ont coûté 13 millions ; elles en valent aujourd'hui 205. La population s'est considérablement accrue et la durée moyenne de la vie s'y est élevée de cinq ans. Le dessèchement du lac Fucino, terminé depuis dix ans, a produit des résultats analogues.

Ce sont donc là des opérations largement rémunératrices. Il n'en est pas de même de l'assainissement des villes. Il n'augmente pas leur produit et n'amène d'autre bénéfice que celui qui résulte de la diminution des maladies et des décès. Ce n'est pas toutefois une quantité négligeable, car la fièvre typhoïde fait en France chaque année au moins 18,000 victimes, ce qui représente une dépense de 20 à 25 millions. On se fait du reste il me semble, une idée exagérée des frais que doit entraîner l'assainissement des villes. Pour assainir une ville, il n'est pas indispensable de prodiguer les millions. Il y a certainement des dépenses inévitables, comme celles que nécessite la distribution abondante des eaux, la destruction de certains cloaques, la réfection ou l'établissement de quelques égouts ; mais il n'y a pas besoin de creuser partout des réseaux, comme celui de Paris ; on peut se borner à faire le strict nécessaire, à la condition d'un bon entretien et d'une rigoureuse propreté. Cette dernière condition suffit souvent. Une vieille ville bâtie dans de mauvaises conditions d'hygiène sera salubre, si la voie publique est bien entretenue, si les cours, les maisons sont l'objet de soins constants ; tandis qu'une cité moderne, sera la proie des maladies infectieuses, si les habitants sont malpropres, les maisons mal tenues, les cours sordi-

(1) *L'Organisation du service de la vaccine en France, par le* Dr Jules Rochard (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, t. VII, no 5, 1885).

---

notre natalité nous oblige à attacher un haut prix à tout ce qui permet d'espérer une augmentation du nombre des naissances, comme à toutes les mesures qui protègent la vie de l'enfant pendant les premières années. On conçoit d'ailleurs que nous ne cherchons pas ici des proportions exactes et que les chiffres que nous donnons ne constituent qu'une approximation et un procédé de discussion.

M. Pinard vient de montrer ce qu'on peut économiser d'existences par une sage entente des règles de l'hygiène. S'il nous a charmés, il ne nous a point surpris. D'autres de nos collègues viendront sans doute nous dire ce qui a été tenté dans leurs services d'accouchements et les résultats qu'ils ont obtenus ; nous saurons ainsi ce que l'Assistance publique de Paris a fait pour les femmes en couches depuis quelques années. Nous aurons ainsi d'excellents modèles à déposer ; mais hélas ! voudra-t-on les copier ? ou bien retrouverons-nous encore, dans quelques années, dans la maternité des petits hospices de province, les conditions lamentables d'hygiène et de salubrité dont je veux vous citer rapidement quelques exemples ? J'entre donc en matière sans autre préambule, avertissant mes collègues que j'ai dû souvent me borner à désigner les villes ou bourgs dont je parle par une seule initiale, parce qu'il s'agit ici de renseignements que j'ai dû recueillir comme fonctionnaire dans le cours d'inspections officielles.

A V.., au bout d'une salle où s'entassent les malades femmes, cas médicaux et chirurgicaux (quoique la place ne manque pas, mais parce qu'on a voulu simplifier le service et la surveillance !), il existe deux petites chambres à deux lits qui sont destinées aux accouchements. Le nombre des accouchements qu'on fait annuellement à l'hôpital n'étant pas considérable, on pouvait réserver une de ces chambres pour l'accouchement et la seconde pour les soins consécutifs ; on a préféré mettre dans une de ces chambres deux vieilles gâteuses qui ne peuvent guère quitter leur logement, même aux heures des repas, si bien qu'une odeur infecte envahit l'unique chambre à deux lits où doivent se faire les accouchements et se donner les soins consécutifs. Le règlement de cet hôpital dit que : « Si les femmes ou filles enceintes laissent chez elles, sans secours nécessaires, un enfant en bas âge, l'introduction de cet enfant près de sa mère peut être autorisée. » — Voilà qui est bien, mais le règlement ne dit pas où on mettra cet enfant, et si ça sera dans cette chambre unique. Enfin, tandis que dans le reste de l'hôpital il y a des lits munis de sommiers, il n'y a pour les femmes en couches que des paillasses rarement renouvelées.

A L.., la maternité est dans une salle basse, au rez-de-chaussée, sur terre-plein — moitié cave et moitié casemate — le jour et l'air n'entrent que par deux étroites fenêtres de chaque côté de la porte,

des, si les ruisseaux et les égouts ne sont pas nettoyés. Si la mortalité de quelques-unes des nations du Nord est moindre que la nôtre, cela tient à ce qu'elles poussent plus loin que nous le culte de la propreté. Cette vertu, car c'en est une, ne se décrète pas ; la propreté domestique est l'œuvre des habitants. Il faut donc leur en inspirer le goût.

Les Français sont entre les mains de l'Etat à deux époques de leur vie, puisqu'ils doivent tous passer par les écoles et sous les drapeaux. C'est là qu'il faut leur donner l'habitude de soigner leur personne. Si les instituteurs enseignaient la propreté aux enfants et surtout s'ils leur en donnaient l'exemple, si plus tard ils retrouvaient les mêmes obligations au régiment, si les casernes étaient des modèles de propreté, les soldats y retrouveraient les coutumes de leur enfance, et, de retour dans leurs foyers, ils les imposeraient à leurs proches. Il suffirait de deux ou trois générations ainsi élevées pour transformer complètement les habitudes du pays, et il suffirait de cette transformation pour en diminuer notablement la mortalité. »

Au congrès de Vienne, M. le professeur *Brouardel* a fait une remarquable *conférence sur les modes de propagation de la fièvre typhoïde*, dans laquelle il a exposé avec le talent qu'on lui connaît *les faits dont nous avons souvent entretenu nos lecteurs.*

Après notre doyen, le professeur von Pettenkofer a traité de *l'enseignement de l'hygiène dans l'Université et dans les Ecoles techniques*.

Nous reviendrons bientôt sur les communications et les résultats de ce congrès d'hygiène et de démographie de Vienne. Disons seulement aujourd'hui que la *discussion sur la vaccination charbonneuse et la vaccination antirabique* dans laquelle M. Chamberland portait la parole au nom de M. Pasteur s'est terminée par le triomphe incontestable des découvertes de celui-ci.

IXe CONGRÈS INTERNATIONAL

de Médecine et de Chirurgie (1)

tenu du 5 au 10 septembre

à WASHINGTON.

A cause du peu d'espace dont nous disposons, nous avons passé sous silence certaines communications dont le titre seul nous était envoyé ou dont le sens était peu intelligible par suite de la brièveté de l'analyse.

SECTION D'ANATOMIE.

La première communication fut faite par le docteur *J. M. Matthews* (de Louisville), sur *l'Anatomie du rectum et sa relation avec les actes réflexes*.

Après avoir donné les rapports anatomiques de la région, il fit remarquer que l'on n'attribuait en général pas assez d'importance aux réflexes, rappelant combien il est difficile d'anesthésier complètement le rectum et les organes environnants. Il considéra ensuite la question de la constipation, qui peut à elle seule produire des phénomènes nerveux multiples, jusqu'à simuler l'ataxie locomotrice. Il insiste sur l'importance d'un examen consciencieux du rectum dans certains cas de constipation.

Le docteur *Gervais*, de Belgique demande si les injections d'acide phénique se font pour les hémorrhoïdes internes aussi bien que pour les hémorrhoïdes externes.

Le docteur *Schaefer* dit avoir vu des cas de douleur intolérable du périnée soulagés instantanément par la guérison de la constipation.

Le docteur *Wile* rapporte un cas de démence causé par des hémorrhoïdes et guéri par leur ablation.

Le docteur *Strong*, de Chicago, n'a pu guérir une blennorrhagie tenace qu'après avoir opéré son malade des hémorrhoïdes dont il souffrait.

(1) D'après les épreuves dues à l'obligeance du *Médical Record*, de New-York.

---

c'est-à-dire à un bout de cette salle qui contient trois lits, dont un pour l'infirmière. Ni lavabo, ni dépendances d'aucune sorte. Il y a 18 mètres cubes d'air par lit.

A And..., c'est un peu mieux, la maternité est composée de deux petites pièces ; dans l'une on fait l'accouchement, l'autre est réservée aux soins ultérieurs. Mais, au moment de ma visite, un lit de misère était monté dans la première pièce attendant une parturiente, et, en soulevant le drap blanc qui le recouvrait, on mettait en évidence un matelas maculé horriblement de nombreuses taches provenant d'accouchements anciens.

A B..., la maternité occupe, au fond d'un jardin, le 1er étage d'une construction fermière quasi en ruines. On y accède par un escalier vermoulu, sordide, qui conduit à une pièce unique dont le carrelage est inégal et défoncé. Quatre lits et leurs berceaux sont bizarrement rangés dans cette salle, où l'on a imaginé de mettre trois petits lits pour des enfants malades. Tous ces lits sont en bois, avec paillasses de varech et matelas. Sur les murs se remarquent des lambeaux décollés de papier de tenture. Auprès de ce logis insalubre, il y a un bâtiment à simple rez-de-chaussée, meublé de lits de camp, avec, à côté, une courette aux murs élevés, garnis de tessons de bouteilles. Cette geôle est réservée aux prostituées du dispensaire. Une seule et même vieille infirmière, assez malpropre et assez contrefaite pour qu'on ne soit pas surpris de la trouver en cet antre, va d'un bâtiment à l'autre, pansant les chancres et faisant ensuite la toilette des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.

A A..., nous avons retrouvé cette promiscuité des femmes en couches et des vénériennes du dispensaire. Il est étonnant qu'avec les épidémies puerpérales qu'on y a observées, et qui ont nécessité il y a deux ans la fermeture de la Maternité, on n'ait pas signalé la transmission d'affections syphilitiques.

Ce sont là des faits qui démontrent combien les services d'accouchement sont souvent sacrifiés dans certains hospices de province et surtout dans les plus petits. S'il y a quelque rez-de-chaussée obscur et humide, sans autre emploi possible, on y met volontiers les femmes en couches. En tout cas, le plus vieux mobilier, le plus infecté et le plus intectable ; anciens lits en bois vermoulus, paillasses hors de service, matelas hors d'usage, tout est bon pour les femmes en couches. C'est là ce que nous avons rencontré à P. A..., à C..., à P..., à Saint-C..., à E..., dans un hôpital bien tenu cependant, mais où les six lits de la Maternité étaient relégués dans une pièce cubant en tout 126 mètres cubes, soit 21 mètres par lit, et dont l'état de dégradation, les papiers de tentures, lambeaux qui tremblent sur leurs chassis de toile, constrastent singulièrement avec la bonne tenue de l'établissement.

(*A suivre.*)

Le docteur *Matthews* conseille l'emploi du bistouri dans les opérations autour du rectum, et fait remarquer le danger inhérent à l'injection d'acide phénique.

Le président *W. H. Pancoats* de Philadelphie décrit ensuite la sonde rectale dont il fait usage ; elle est contruite de manière à suivre les courbes du rectum.

Le docteur *Joseph N. Dickson*, de Pittsburg, lit un mémoire intitulé : *Considérations anatomiques sur l'amputation et la désarticulation de la cheville par une méthode nouvelle.*

Il fait son incision antérieurement à celle de Syme. L'opération a des avantages, car elle donne un long lambeau plantaire, la division oblique des malléoles et la préservation de la bourse séreuse entre le tendon d'Achille et la tête du calcanéum. Les malades guérissent en moyenne au bout de vingt et un jours.

Le docteur *L. H. Dunning*, de South Bend, fait une communication sur *l'anatomie et l'importance chirurgicale du tissu cellulo-adipeux péri-rénal et de la capsule rénale.*

Il fait allusion au rôle protecteur que remplit ce tissu adipeux qui entoure le rein. La capsule agit comme une barrière qui empêche toute inflammation de s'étendre au rein. On doit tenir compte de cette disposition particulière dans l'intervention chirurgicale, telle que la néphrorrhaphie, la néphrolithotomie et la néphrotomie.

SECTION DE PHYSIOLOGIE.

Le président *J. H. Callender*, de Nashville, attire l'attention de l'assemblée sur l'influence exercée par la cellule sur les processus de développement et de nécrobiose.

Le docteur *Daniel G. Clark*, de Toronto, fait une communication sur *les ganglions de la base du cerveau comme centres de pouvoir psychique et fonctionnel.*

Le docteur *Richard Caton*, de Liverpool, lit un article qui a pour titre : *Recherches sur les phénomènes électriques de la matière grise du cerveau.*

1° Il existe des courants électriques dans la matière grise des circonvolutions.

2° Les courants cessent après la mort.

3° Dans les parties du cerveau qui sont le siège d'une fonction spéciale, une variation négative se produit pendant l'activité fonctionnelle.

Le docteur *W. D. Halliburton*, de Londres, lit un mémoire intitulé : *Comparaison de la coagulation du sang avec la rigidité cadavérique.*

L'action du froid et de certains sels neutres empêche la coagulation du sang ; celle du plasma musculaire des animaux à sang chaud est entravée par l'emploi d'une méthode analogue. La dilution de ce plasma, ainsi traité, amène la formation d'un coagulum de myosine, qui se produit le plus facilement à la température du corps ; à 0° C. il ne peut pas se former.

L'addition d'un ferment préparé d'une manière semblable au ferment de Schmidt, facilite cette coagulation. Ces deux ferments ne sont pourtant pas identiques. La rigidité cadavérique résulte de l'action d'un ferment analogue à celui qui convertit le fibrinogène en fibrine.

Les principales différences entre la formation de la myosine et celle de la fibrine sont les suivantes :

1° La myosine se redissout facilement dans les solutions de sels neutres, et cette solution est capable de se coaguler de nouveau par la dilution et l'addition du ferment de la myosine.

2° La formation de la myosine s'accompagne de formation d'acide lactique.

3° La conversion de myosinogène en myosine ne s'accompagne pas de la formation d'une autre globuline.

Ces trois conditions sont différentes dans la formation de la fibrine.

Le docteur *Thomas W. Poole*, de Lindsay, fait une communication sur *la nécessité de modifier certaines doctrines physiologiques sur les rapports des nerfs et des muscles.*

Les muscles involontaires et les bandes musculaires des parois artérielles se contractent quand leur nerf moteur est paralysé ou mort.

Les théories de Traube et autres sur la respiration de Cheyne-Stokes, et la croyance que les centres nerveux sont dans un état d'excitation pendant l'asphyxie sont absurdes.

L'électricité est un agent paralysant de l'activité nerveuse.

De même pour la strychnine.

L'irritation et l'inflammation ne sont pas accompagnées de l'excitation de l'activité nerveuse.

Même les muscles volontaires se contractent plus souvent qu'on ne le pense par une privation de force nerveuse.

SÉANCE GÉNÉRALE.

La Bactériologie et ses relations thérapeutiques, par le docteur *Mariano Semmola*, de Naples.

Le but de la médecine est la guérison des maladies ; pour guérir les maladies, nous devons en connaître les causes. Les causes externes sont visibles, mais la science médicale cherche à découvrir les causes internes, invisibles. Il n'y a qu'une méthode qui puisse nous fournir la résolution du problème — la méthode expérimentale. — Avant qu'elle ne fût connue, le médecin se perdait en conjectures fantastiques. Les progrès étonnants de la physiologie lui doivent leur origine.

Lorsque le médecin a découvert une condition morbide, il tend à abandonner ses recherches lentes et minutieuses, car il a hâte d'arriver au remède qui lui permettra de la guérir. Cette hâte est incompatible avec les principes mêmes de la méthode expérimentale. C'est ainsi que le médecin arrivait à des conclusions sans avoir trouvé les faits qui pouvaient les justifier.

Il retomba dans les erreurs de la médecine ancienne, et il continuera à y retomber tant qu'il ne s'adressera pas à l'expérimentation.

Nous nous trompons en pensant que la bactériologie peut fournir la clef de toute pathologie. Nous devons l'étudier, car elle nous enseigne ce qui existe dans le monde microscopique ; mais dans les efforts que nous faisons pour guérir les malades, nous devons procéder avec précaution. En nous servant d'un remède dont nous ne connaissons pas la valeur, telle que les faits peuvent nous la démontrer, nous risquons de faire du mal, là où nous voudrions faire du bien. C'est dans ce sens que la bactériologie moderne est nuisible, car les médecins ont conclu de suite que des microbes étaient les causes de maladies quand souvent ils n'en sont que les effets. Nous devons reproduire artificiellement une maladie par l'action du microbe, avant de conclure qu'il en est la cause. Jusqu'ici la tuberculose et le charbon nous ont seuls fourni des résultats satisfaisants. Quand nous concluons à la légère que tel ou tel microbe est la cause de telle

ou telle maladie, nous ignorons et nous mettons de côté la méthode expérimentale.

La démonstration qu'exige la méthode expérimentale dans ce cas est complexe, car non seulement nous serions obligés de savoir que le microbe existe, mais nous serions obligés de savoir quelle est la condition du sang nécessaire à la culture de ce microbe spécial. La science ne nous fournit pas encore les données nécessaires pour résoudre ce problème.

Nous savons fort peu de chose sur la condition normale du sang.

Pour que la bactériologie nous vienne en aide dans la guérison des maladies, nous devons non-seulement apprendre tout ce que nous pouvons sur le microbe lui-même, mais encore rechercher quelles sont les conditions du champ de culture. Voilà ce que la science actuelle ne sait pas encore, et nous ne pouvons encore nous servir de la bactériologie comme guide dans le traitement des maladies internes. La bactériologie nous parle de la nécessité d'un champ de culture spécial ; mais, quel est ce champ, nous n'en savons rien ; la bactériologie n'est point une science, car une science ne peut se composer de choses inconnues, elle va du connu à l'inconnu.

Si l'on suppose un fait au lieu de le démontrer, on ne reproduit pas les phénomènes de la nature. La puissance de l'homme disparaît dès qu'il a recours aux hypothèses. Si les lois de la nature ne sont pas respectées, le téléphone ne marchera pas, la lumière électrique n'éclairera pas, la machine à vapeur s'arrêtera.

Le médecin prétendrait-il donc être maître de la nature, sans qu'il connaisse même ses lois ?

La bactériologie nous mènera sans doute à une série de découvertes utiles, mais jusqu'ici elle n'a pas donné de résultats pratiques dans la guérison des maladies internes ; il n'a point été démontré dans quelle mesure les microbes sont les causes des maladies.

Le professeur Semmola émet le vœu que la jeune génération continue les recherches expérimentales que les grands maîtres lui ont transmises ; elle doit renoncer à toute idée préconçue et interroger la nature sans la torturer.

SECTION DE MÉDECINE.

Le président *A. B. Arnold* (de Baltimore), dans son discours sur *la pratique de la médecine de nos jours*, remarque à quelle précision est arrivé le diagnostic médical et rappelle les résultats merveilleux qu'a donnés l'expérimentation en pharmacologie. Pourtant il condamne toute médication non raisonnée et recommande de ne pas oublier les mesures hygiéniques, qui à elles seules constituent souvent des agents curatifs. La thérapeutique a dû céder le pas à la pathologie, la chirurgie moderne a étendu son domaine aux dépens de la médecine, et toutefois le traitement symptomatique des maladies conserve encore sa valeur. Ce que nous devons rechercher, c'est la méthode suivant laquelle la nature exerce son influence curative ; nous pourrions alors essayer de l'imiter.

Le docteur *Ignacio Alvarado*, du Mexique, fait une communication sur *la Pathogénie de la Fièvre jaune.* Il attribue la maladie à la présence d'un microbe, qui donnerait naissance à du phosphate acide de soude ou à de l'acide phospho-glycérinique.

Le docteur *Austin Flint*, de New-York, fait une communication sur *la fièvre : ses causes, son mécanisme et son traitement raisonné.*

Après une discussion sur la chaleur animale, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1. Les fièvres sont des maladies de durée limitée, surtout lorsqu'elles appartiennent à la classe des affections aigues. Leur cause réside en un micro-organisme qui perd son activité au bout d'un temps déterminé.

2. Jusqu'ici nous n'avons pu arriver à détruire directement les organismes morbifiques qui donnent naissance aux fièvres continues ; nous ne pouvons que modérer leur action et soutenir le pouvoir de résistance du malade.

3. La production de la chaleur animale entraine une oxydation de parties de l'organisme ou d'aliments qui est représentée par la formation et l'excrétion de matières azotées, d'acide carbonique et d'eau.

4. L'eau formée dans le corps par un processus d'oxydation doit être considérée comme principe excrémentitiel, en ce qui concerne sa relation avec la nutrition générale et la production de la chaleur animale.

5. La fièvre, telle qu'elle se présente dans les fièvres dites essentielles, est un état de production excessive de chaleur qui engendre une nutrition défectueuse, une production anormale de matières excrémentitielles azotées et d'acide carbonique, leur élimination cause une perte et une dégénérescence des tissus et la suppression partielle ou complète de la formation d'eau.

6. En dehors de complications et d'accidents, les phénomènes ataxiques de la fièvre varient suivant l'élévation de la température. Leur amélioration dépendra donc de l'emploi d'agents qui abaisseront la température.

7. L'application du froid à l'extérieur et l'administration de fébrifuges n'ont pas d'influence sur la cause spéciale de la fièvre, mais modifient seulement les accidents dépendant de l'hypothermie.

8. Chez l'individu sain la consommation des tissus qui servent à la production de la chaleur animale est contrebalancée par une production plus considérable d'eau.

9. Dans la fièvre, au contraire, la formation et l'excrétion de l'eau se font d'une manière insuffisante ; la destruction et la dégénérescence des tissus en sont accrues.

10. L'alimentation dans les fièvres est rendue difficile par les troubles qui existent du côté des organes digestifs. Il faut donc administrer des aliments de digestion facile ou des substances que l'on a fait digérer en partie antérieurement.

11. Parmi les hydro-carbures, l'alcool s'oxyde promptement et s'absorbe sans préparation digestive antérieure.

12. En proportion exacte de son oxydation dans le corps, l'alcool fournit la matière consommée par la production excessive de chaleur dans la fièvre et empêche ainsi la destruction et la dégénérescence des tissus.

13. L'introduction de substances consommées par la production de chaleur dans la fièvre, diminue plutôt qu'elle n'augmente l'intensité de l'hypothermie.

14. Comme l'oxydation de l'alcool engendre nécessairement la production d'eau, son action dans la fièvre tend à restaurer le processus normal de production de la chaleur dans lequel l'eau joue un rôle si important.

15. Le grand desidératum dans le traitement de

la fièvre, consiste à limiter et à réduire l'hypothermie par les moyens directs et indirects ; à limiter et à réparer la destruction et la dégénérescence des tissus par l'alimentation ; à fournir les matières que consomme la production anormale de chaleur, et à placer ainsi l'organisme dans les conditions les plus favorables à sa convalescence après la disparition de la maladie.

Le docteur *Joseph Korosi*, directeur des statistiques municipales de Budapesth, lit un article intitulé : *Du pouvoir préventif de la vaccination.*

Il passe en revue toutes les opinions qui ont été émises pour et contre le pouvoir préventif de la vaccination ; les statistiques sur lesquelles elles sont basées n'ont pas la valeur absolue que l'on veut leur attribuer. Même lorsque les chiffres prouvent que la mortalité des individus non vaccinés est supérieure à celles des individus vaccinés, les antivaccinateurs répondent que la première catégorie est composée d'enfants malades et faibles dont l'état général les prédispose à contracter la variole. M. Korosi leur répond.

Il distingue entre mortalité et léthalité. La mortalité représente la chance que tout être vivant a de mourir ; la léthalité, la chance de mort d'un individu malade. Si nous connaissions, par exemple, la léthalité générale des non-vaccinés, nous pourrions déterminer si leur léthalité pour la variole est plus grande ; cette différence dépendrait entièrement de leur non-vaccination. Mais pour déterminer la léthalité générale des vaccinés et des non-vaccinés, il faut que les registres d'hôpital indiquent dans chaque cas (médical ou chirurgical) si le malade a été vacciné ou non. Cette mesure est en vigueur depuis 1886 dans dix-neuf hôpitaux de Buda-Pesth et de la Hongrie. Vingt mille cas démontrent que la léthalité générale des vaccinés est de 8 pour 100, et celle des non-vaccinés de 13 pour 100. Donc, l'assertion des anti-vaccinateurs est vraie. Mais parmi les varioleux, la léthalité des non-vaccinés est montée à 6.66 pour 100 ; elle devrait donc représenter à peu près 10 pour 100, mais en réalité elle est de 49.68 pour 100. Il y a toutefois deux facteurs qui donnent ce résultat : le mauvais état général des non-vaccinés et le fait de leur non-vaccination. Dans ces conditions-là, nous pouvons affirmer que pour le varioleux non-vacciné la chance de mourir est élevée à 500 pour 100, uniquement parce qu'il n'a pas été vacciné.

La non-vaccination cause trois fois et demi plus de cas de petite vérole.

La mortalité est calculée par la même méthode qui fonctionne à Buda-Pesth et dans neuf autres villes de la Hongrie, où elle est appliquée en outre à la syphilis, la tuberculose, etc.

M. Korosi discute longuement les rapports des différentes maladies entre elles, au point de vue de la valeur et de la portée des statistiques.

Le docteur *W. M. Whitmarsh*, de Londres, fait une communication sur *la vaccination et le traitement de Pasteur.*

Il ne considère pas la vaccination comme un préventif contre la variole, bien qu'elle diminue les probabilités de contagion. La loi exige en Angleterre que les enfants âgés de plus de trois mois soient vaccinés.

Dans son article sur la méthode de Pasteur, il donne minutieusement le mode de préparation du virus pour inoculation, et explique le principe dont il découle. Il montre les appareils employés ainsi qu'une solution de virus.

Pour lui, Pasteur est un chimiste scientifique de premier ordre, mais il n'est ni médecin, ni chirurgien. Il est difficile de savoir si les individus inoculés par Pasteur ont eu la rage ou non.

Il propose d'instituer une série d'expériences sur des condamnés.

Le docteur *C. A. Leale* a l'occasion de soigner de 8,000 à 20,000 enfants malades chaque année. Bien que des centaines d'entre eux aient été mordus par des chiens, il n'a jamais eu un cas d'hydrophobie.

Le docteur *John W. Ouchterlony*, de Louisville, lit une étude sur *l'histoire naturelle des maladies.*

Elle exerce une influence pratique sur la médecine dans son développement comme science.

Les maladies sont des conditions naturelles, bien qu'elles ne soient pas normales ; il serait raisonnable de supposer que la même puissance qui les a engendrées est aussi capable de les faire disparaître. Le fait est que la nature constitue un remède bien plus efficace qu'on ne le suppose, et tout traitement intelligent doit être basé sur la connaissance de l'histoire naturelle des maladies.

Pour arriver à ce but, il faut les efforts réunis et les recherches d'un grand nombre d'hommes scientifiques du monde entier, qui communiqueront leurs observations sur les différentes maladies, sur l'influence qu'exercent sur elles l'âge, le sexe, l'occupation, etc., sur leur durée, sur leur mortalité et sur le mode par lequel elles causent la mort.

A ceux qui considèrent qu'il serait criminel de laisser l'issue d'une maladie à la nature, l'auteur répond que :

1. Ce serait un traitement aussi légitime que l'administration de médicaments dont nous ne connaissons pas les propriétés, ainsi que cela se fait chaque jour dans les hôpitaux.

2. La nature, qui a engendré la maladie, est assez puissante pour en amener la guérison.

3. Dans beaucoup d'affections aiguës l'on admet généralement qu'il y a une tendance marquée à la guérison spontanée.

4. Beaucoup de maladies possèdent la propriété d'autolimitation.

5. Combien de médicaments y a-t-il qui ont une renommée phénoménale et qui ne possèdent que des qualités curatives des plus faibles ! Ce ne sont point eux qui ont amené la guérison, mais bien la nature.

6. Des maladies de même nature, traitées de manières différentes, guérissent.

7. Beaucoup de maladies disparaissent, même lorsque le traitement institué est nuisible.

L'auteur sait que le médecin ne peut ni ne doit renoncer à toute médication dans tous les cas.

L'hôpital présente le plus grand champ d'observations comparatives.

Les docteurs *Cronyn*, de Buffalo ; *Hemingway*, de Michigan ; *W. J. Scott*, de Cleveland et *A. B. Arnold* s'accordent avec l'auteur.

Les docteurs *S. S. Green*, de Buffalo, et *Thomas Hay*, de Philadelphie, croient à l'efficacité des médicaments.

Le docteur *Ouchterlony* fait remarquer que lui aussi croit à l'efficacité des médicaments, mais il faut qu'ils soient administrés selon une méthode exacte.

Le docteur *Pavy*, de Londres, remarque qu'il est de l'avis qu'il y a une histoire naturelle des maladies, dont l'étude peut nous fournir beaucoup d'indications utiles.

SECTION DE CHIRURGIE.

Le président *W. J. Briggs* ouvre la séance en souhaitant une cordiale bienvenue aux étrangers.

La chirurgie scientifique, dit-il, est en pleine activité et elle avance à pas de géant. Il compare le passé, quand le chirurgien craignait avant tout d'ouvrir la cavité péritonéale, au présent, quand, grâce à l'antisepsie, il opère avec hardiesse et avec succès.

Le docteur *C. J. Parkes*, de Chicago, lit un article intitulé : *Contribution à l'étude des plaies de l'intestin par les armes à feu.* Avant 1885, il n'a pu trouver que cinq observations de recherche de plaies de l'intestin, dans le but d'y remédier par une intervention méthodique. Depuis lors il existe trente-six observations avec neuf guérisons. L'expérience seule pourra donner les indications exactes qui justifient l'opération. Il faut prendre en considération le volume et la forme de la balle, la distance qu'a parcouru le projectile et la nature de l'arme. Lorsqu'il existe une plaie d'entrée et *une plaie de sortie, l'on peut juger* approximativement quels sont les organes blessés ; mais comment apprécier quelle est la portion des anses intestinales *qui a souffert ? Lorsque le* diaphragme est lésé, on ne peut guère conserver d'espoir.

L'auteur énumère ensuite les symptômes qui permettent de porter le diagnostic de perforation intestinale.

Lorsqu'il existe une tuméfaction localisée de la paroi abdominale, elle est causée, en général, par une hémorrhagie intra-pariétale, et la cavité abdominale n'est pas ouverte. Des vomissements prolongés constituent un symptôme plus grave que le choc et la température.

L'examen anatomique a démontré maintes fois qu'une opération fort simple aurait sauvé la vie du patient.

La néphrotomie doit se faire lorsque le rein est blessé, la splénotomie lorsque la rate est atteinte. L'auteur recommande l'incision exploratrice médiane et l'emploi de la suture continue au fil de soie.

Contribution à la Chirurgie expérimentale de l'intestin par le docteur *N. Senn.* L'auteur préfère la suture des anses intestinales à leur résection.

1. Obstruction intestinale artificielle. — L'entérectomie partielle et la suture longitudinale de la plaie constituent une source de danger lorsqu'elles réduisent de moitié le calibre de l'intestin et lorsqu'elles sont suivies de gangrène occasionnée par la suppression de l'irrigation artérielle.

2. La flexion peut avoir pour cause l'entérectomie partielle et la suture longitudinale ; son origine se trouve aussi dans divers processus inflammatoires.

3. Le volvulus est encore une cause d'obstruction.

4. L'invagination est rarement susceptible de réduction spontanée. L'emploi d'injections de grandes quantités d'eau dans le colon et le rectum doit être pratiqué avec soin, pour éviter les lacérations péritonéales que produit la distension excessive de ces organes.

L'entérectomie, lorsqu'elle entraîne la résection d'une longueur de trois à cinq pieds d'intestin, est fatale chez le chien, soit à cause du traumatisme, soit à cause de troubles ultérieurs de la digestion.

La suppression physiologique d'une portion de l'intestin ne donne pas lieu à des désordres aussi graves que la résection. Elle est suivie d'atrophie de cette partie de l'intestin ; il ne s'y produit pas d'accumulation fécale.

L'entérorraphie circulaire. — Une modification de la suture de Jobert, qui consiste à entourer la partie invaginée d'un anneau de caoutchouc mince et flexible, et le catgut est préférable aux sutures de Czerny et Lembert. On doit en outre greffer l'épiploon sur la ligne de suture ; le danger de perforation est diminué par ce procédé. Il convient d'assurer la continuité de la surface péritonéale là où le mesentère est détaché en suturant le péritoine avant de pratiquer la réunion de l'intestin.

Anastomose intestinale. — Une opération par laquelle on obtiendrait une communication entre l'intestin situé au-dessus de l'obstruction et la partie qui se trouve au-dessous est préférable à l'entérotomie et à la résection dans les cas où il est impossible de faire disparaître la cause de l'obstruction, ou lorsque les modifications pathologiques qui lui donnent naissance ne mettent point en danger la vie du patient.

La gastro-entérotomie et la jéjuno-iléostomie doivent se pratiquer par approximation à l'aide de plaques osseuses décalcifiées et perforées. Lorsque l'obstruction siège dans le cœcum, ou le colon, on peut substituer à cette dernière opération l'implantation de l'iléum dans le colon ou dans le rectum. Cela est vrai surtout dans les invaginations iléocœcales irréductibles, lorsqu'il n'existe ni gangrène ni perforation. Dans le cas contraire la partie invaginée doit être reséquée.

Lorsque les deux extrémités de l'intestin ne sont pas du même calibre, la continuité doit être rétablie au moyen de plaques d'approximation perforées. Dans les cas de plaies multiples par armes à feu situées sur le côté ou sur la convexité de l'intestin, les plaques sont préférables à la suture.

Expériences d'adhésion. — La réunion définitive d'une plaie intestinale n'est complète qu'après la formation d'un réseau de vaisseaux nouveaux sur les surfaces séreuses qu'on a rapprochées. Elle peut se produire dans l'espace de six à douze heures.

La scarification du péritoine au siège des surfaces d'approximation aide à la formation d'adhérences curatives. Les greffes épiploïques, larges de deux pouces et assez longues pour entourer l'intestin, lui sont adhérentes en douze ou dix-huit heures. Ce temps de l'opération ne devrait jamais être négligé dans la résection circulaire ou dans la suture de grandes plaies intestinales.

Le docteur Senn présente alors des pièces provenant de chiens sur lesquels l'opération avait été pratiquée. Elles montrent admirablement son efficacité.

Le docteur *John Homans*, de Boston, fait une communication sur 384 *laparotomies pour affections diverses.*

Il a l'habitude de se servir de drains qu'il fait nettoyer toutes les quatre heures, mais il n'est pas d'avis qu'ils drainent la cavité abdominale, bien que Keith, d'Edimbourg, conserve huit litres de liquide qu'il a retirés ainsi. Il a eu un cas de tétanos suivant la laparatomie, avec mort au troisième jour et un cas de calcul vésical produit par des poils qui sont tombés dans la vessie. Le nombre maximum de ses guérisons successives a été de trente-huit. Il considère que les kystes suppurés de l'ovaire sont très rares, car il n'en a vu qu'un. Il se sert du procédé extra-péritonéal, ayant recours à

l'écraseur. S'il ouvre la vessie pendant l'opération, il y laisse une sonde molle à demeure. Il a eu cinq cas de fibromes, accompagnés d'hémorragies ; une guérison, un avec amélioration, un sans amélioration.

Il a fait une ablation de l'utérus avec résultat fatal. Il a opéré un abcès de l'ovaire qui a guéri ; de même pour une péritonite tuberculeuse. Cinq cas d'anus contre-nature, trois guérisons. La castration pour affections nerveuses ne lui a pas donné de bons résultats. Deux cas de myxo-lipome, un mort. Il a pratiqué la laparotomie une fois pour un abcès pérityphlique ; le malade guérit.

Le secrétaire lit un mémoire du docteur *Addinell Hewson*, de Philadelphie, dans lequel il recommande la *réunion des bords de la plaie abdominale dans la laparatomie sans l'aide de sutures*. Il y arrive au moyen d'une gaze spéciale qu'il nomme « gaze de Donna Maria. »

Le docteur *J. M. Matthews*, de Louisville, lit un article intitulé : *Quand la colotomie est-elle indiquée ?*

Dans le cas d'épithelioma du rectum, lorsque la lésion est située à trois pouces de l'anus, la colotomie ne doit pas se faire ; s'il existe un rétrécissement situé trop haut pour qu'on y arrive avec le doigt, s'il est d'origine syphilitique, etc., l'on ne doit pas opérer.

Le professeur *Dawson* et le docteur *Quimby* sont de l'avis de l'auteur, mais le docteur *Samuel Benton*, de Londres, ne voit pas pourquoi la colotomie est contre indiquée dans le cancer du rectum. Elle soulage la douleur.

Discussion sur la *chirurgie abdominale*.

Le docteur *W. N. Hingston*, de Montréal, trouve que l'intervention opératoire est indiquée lorsque le trajet du projectile est incertain.

Quant à la communication du docteur Homans, il s'étonne qu'il ait eu dix pour cent de hernies ventrales ; il croit facilement que le docteur Homans n'a obtenu qu'une amélioration sur cinq opérations pour troubles nerveux.

Le docteur *J. B. Murphy*, de Chicago, remarque que l'on est quelquefois obligé de faire l'incision en dehors de la ligne médiane pour atteindre l'intestin.

Le docteur *S. C. Gordon*, de Portland, dit qu'il a vu trois hernies ventrales sur 80 cas. Il a opéré 33 fois pour hystérie, et 25 de ses patientes diront elles-mêmes aujourd'hui qu'elles sont guéries. Ce résultat ne correspond pas à ceux de beaucoup d'autres opérateurs.

Le docteur *Cowden* a souffert d'une invagination, qui a été réduite sans opération.

SECTION D'OBSTÉTRIQUE.

Le docteur *Miller*, président, souhaite la bienvenue à ses confrères de l'étranger.

La tâche du médecin dit-il, est souvent ingrate ; a recherche de la vérité est entourée de difficultés, mais nous ne devons pas nous laisser décourager, même en présence de questions importantes, qui sont encore aujourd'hui aussi loin d'être décidées qu'elles l'étaient au siècle passé.

Le président parle ensuite des difficultés qui se rencontrent dans la pratique de l'obstétrique. Il espère que la craniotomie dans les bassins étroits sera exceptionnellement pratiquée, car la mortalité maternelle est beaucoup plus grande qu'on ne le croit.

Pour le traitement de la gestation ectopique nous avons besoin de règles plus précises. Le diagnostic doit être fait au début ; dans ce cas l'électricité peut rendre de grands services. La propreté constitue le meilleur agent d'asepsie dans l'état puerpéral.

Après avoir fait l'historique de l'obstétrique aux Etats-Unis, il mentionne en terminant les noms des hommes distingués morts dans l'année qui vient de s'écouler : McClintock, Meadows et Schrœder.

On passe à la lecture d'un essai envoyé d'Angleterre par le docteur *J. Braxton Hicks* intitulé : *Des contractions de l'utérus pendant la durée entière de la grossesse, et de leur valeur dans le diagnostic de la grossesse, soit normale, soit compliquée.*

Il y a déjà quinze ans que l'auteur a fait remarquer que l'utérus se contractait pendant la durée entière de la grossesse à des intervalles variant de cinq à vingt minutes. Depuis lors il a fait de nombreuses recherches.

Avant le quatrième mois, la contraction se remarque à l'aide du toucher bimanuel. Après cette époque l'examen externe suffit. L'utérus gravide n'offre pas de résistance au toucher, sauf pendant sa contraction. Souvent chez une jeune fille, l'examen de l'abdomen suffit à faire porter un diagnostic sans l'aide du toucher vaginal.

Il conclut :

1. Que l'utérus se contracte à des intervalles de cinq à vingt minutes pendant la durée entière de la grossesse ; il reste en contraction de trois à cinq minutes.

2. Que l'utérus, pendant la contraction, est si rigide qu'il est difficile d'obtenir la délimitation du fœtus, quoique cela soit facile pendant les intervalles.

3. L'existence des contractions nous permet souvent de porter le diagnostic différentiel entre la grossesse normale et d'autres conditions.

4. Les contractions, au point de vue physiologique, ont pour fonction de vider les veines utérines du sang chargé d'acide carbonique qu'elles contiennent.

5. C'est du reste ce sang qui constitue l'agent excitateur des contractions.

Le professeur *Alexandre Simpson*, d'Edimbourg, dit que la contraction utérine pendant la grossesse est un fait accepté de tous, et qu'elle aide souvent à faire un diagnostic dans des cas difficiles.

Le docteur *A. F. T. King*, de Washington, trouve que c'est un signe souvent difficile à reconnaître et qui a de la valeur surtout après le troisième mois.

Le professeur *Charpentier*, de Paris, apprécie la valeur très réelle de ce signe, et raconte l'observation d'un cas d'hydramnios où sa présence permit de faire le diagnostic.

(A suivre.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les rapports des médecins avec l'administration.

On lisait récemment dans une des Lettres Médicales que publie la *Gazette hebdomadaire* une intéressante appréciation sur ce sujet (1).

(1) Bien que l'auteur ait gardé l'anonyme, nous croyons reconnaître la plume d'un hygiéniste très-distingué.

« Il en est encore parmi nous qui s'imaginent que les pouvoirs publics ne se bornent pas à décerner des distinctions honorifiques et qu'ils apportent quelque attention à la sauvegarde de nos véritables intérêts. Cette illusion est de moins en moins partagée, sans doute, mais elle persiste cependant de divers côtés, si j'en juge par les témoignages que j'en reçois. Il faut le regretter, quoique les regrets doivent moins s'adresser à ceux qui partagent cette opinion qu'aux événements eux-mêmes. Quels avantages particuliers, en effet, le corps médical peut-il en attendre, étant données les tendances actuelles de notre société ? Tout ce qu'il peut désirer, n'est-ce pas plutôt de bénéficier, comme tant d'autres, du droit commun, sans avoir à redouter les effets, trop souvent funestes, des privilèges ? Certes, la législation qui nous régit a, dans beaucoup de ses parties, le caractère d'une législation d'exception, et, par une sorte de non-sens, son interprétation est le plus souvent défavorable à nos revendications les plus légitimes. Mais quels bénéfices pourrions-nous retirer d'une loi nouvelle, quand bien même, ce qui est bien peu probable, elle aurait réussi à *franchir l'enceinte législative* ? Car il faut bien constater, depuis quelques années, que l'esprit public paraît peu disposé à tenir suffisamment compte aux médecins des services que chacun s'empresse cependant de leur demander avec plus d'insistance que jamais. On admet, il est vrai, on exige même qu'ils rendent ces services ; mais un débiteur vient-il à contester jusqu'à la légalité de sa créance, il est rare qu'il ne lui soit pas donné raison en tout ou en partie. J'en donnerai tout à l'heure un exemple récent, des plus caractéristiques. Or, c'est aux progrès de l'esprit public qu'il faut demander la réforme d'un tel état de choses ; la magistrature, qui s'en inspire y conformera ses arrêts ; mais ce n'est assurément pas du Parlement qu'il faut espérer l'initiative de telles réformes.

Ce n'est pas que les très nombreux confrères qui siègent au Luxembourg et au Palais-Bourbon et qui, pour la plupart, ont mieux que d'autres connu les déboires et les amertumes de la profession, ne soient disposés à s'en occuper ; mais leur bonne volonté aura toujours à lutter contre l'invincible difficulté d'obtenir de leurs collègues le vote de « lois d'affaires », et surtout contre les embarras causés par l'instabilité ministérielle et l'absence de toute représentation directe du corps médical dans l'organisme administratif dirigeant ou exécutant. On en peut juger par ce qu'il advient actuellement de la proposition de loi déposée à la Chambre des députés par M. le docteur Chevandier et signée par un très grand nombre de ses collègues. Voilà une proposition qui n'a pu déjà aboutir pendant toute la durée de la législature précédente ; elle a été reprise dès le commencement de celle-ci et rien ne fait prévoir qu'elle puisse, d'ici à sa fin, avoir subi les formalités des trois délibérations obligatoires ; arrivera-t-elle au Sénat, qu'elle y devrait encore passer par ces mêmes formalités, si bien que l'on ne peut supposer son adoption avant plusieurs années. Mais d'où viennent donc ces retards considérables, me direz-vous, et n'y a-t-il pas moyen de les éviter ? Allons au fond des choses.

Une proposition de loi de ce genre concerne toujours plusieurs ministères. Dans l'espèce, elle intéresse à la fois le ministre de la justice, en raison des pénalités qu'elle comporte, le ministre du commerce et de l'industrie, qui a dans ses attributions une grande partie des affaires de la santé publique, le ministre de l'instruction publique à cause de la collation des grades, et le ministre de l'intérieur, qui détient l'assistance hospitalière. Et comme une proposition, émanant de l'initiative parlementaire, n'a de chance d'être portée à la tribune qu'autant qu'elle a l'assentiment du gouvernement ou qu'elle a tout au moins été discutée avec lui, il faut donc que la commission chargée de l'examen s'entende préalablement avec les divers ministres que je viens d'énumérer. Vous voyez d'ici cette commission priant ces ministres de venir conférer avec elle. Ceux-ci commencent par demander l'avis de l'une des commissions qui siègent auprès d'eux, à moins qu'ils ne s'en rapportent uniquement aux lumières universelles de messieurs les directeurs compétents ; quelques-uns poussent, il est vrai, la condescendance jusqu'à s'adresser aux associations et Sociétés médicales ; mais cela est rare. Ces avis reçus, ils chargent les aimables et distingués jeunes gens qui forment le personnel de leurs cabinets de préparer un mémoire sur la question, et lorsque, après plusieurs mois de travail préparatoire, ils sont à même de se former une opinion, ils informent la commission parlementaire qu'ils sont prêts à paraître devant elle. Souvent il arrive qu'à ce moment le ministère change tout entier et la commission doit attendre que quatre nouveaux ministres recommencent les études auxquelles avaient enfin pu se livrer leurs prédécesseurs. Cette éventualité étant assez fréquente, voilà pourquoi les propositions restent dans les cartons des commissions. Mais viennent-elles à être portées à l'ordre du jour du Parlement, elles sont encore exposées à ne pouvoir être discutées, faute de ministres qui aient eu le temps d'en prendre encore suffisamment connaissance. Sans compter qu'il faut toujours s'attendre à un désaccord quelconque entre les quatre ministères intéressés, car les ministères se forment par voie de concentration, ou plutôt de conciliation réciproque ; ils sont, en général, du moins depuis quelques années, formés de personnalités appartenant à diverses branches plus ou moins avancées du même parti politique et nous pourrions citer tel exemple où, à propos de législation médicale, le ministre de la justice était systématiquement hostile au ministre du commerce ; la rhubarbe commerciale ne pouvait pas même se passer le séné juridique ou réciproquement.

Mais, si le milieu parlementaire est aussi réfractaire aux réformes qui nous intéressent, n'y a-t-il pas moyen d'obtenir de l'administration elle-même quelques attentions qui puissent servir à préparer cette juste appréciation de nos services par l'opinion publique, qui est en fin de compte notre meilleure sauvegarde ? N'est-il pas telles mesures administratives qui pourraient améliorer la situation du corps médical, sans avoir besoin de toucher à l'arche sainte de la loi et en élargissant au contraire le cercle de l'action bienfaisante qu'elle peut exercer ? Sans doute, et ce n'est pas à moi à vous énumérer de nouveau toutes ces mesures administratives. Mais il en est de celles-ci comme de bien d'autres, elles ne peuvent être réalisées qu'autant que le corps médical sera représenté en haut lieu d'une manière permanente, effective et rationnelle. Regardez les progrès que l'enseignement primaire a faits en France depuis vingt ans ; ne sont-ils pas dus à ce qu'il existe une administration spécialement affectée à ce service ? Où est, au contraire, l'administration à laquelle ressortissent uniquement toutes les affaires médicales ? Je ne la vois nulle part,

tandis que je constate l'écartèlement, pour ainsi dire, de ces affaires entre plusieurs administrations forcément rivales ou inertes quand elles ont toutes ensemble des attributions communes.

Il n'en est pas même dans certains pays où cependant la législation est encore relativement bien moins favorable que la nôtre au corps médical ; mais au moins l'administration, lorsqu'une réforme s'impose vraiment, est à même de la réaliser avec assez de promptitude. Dans le royaume de Prusse, par exemple, il existe depuis longtemps déjà une administration de l'instruction publique, des cultes et des affaires médicales, dans laquelle celles-ci forment les attributions d'une direction spéciale, importante. Le ministre qui dirige cette administration est en fonction depuis douze ans ? Sans doute les mesures qu'elle prend sont en rapport avec l'organisation admininistrative générale de ce pays, et elles pourraient ne pas nous satisfaire ; mais encore est-il que les demandes de nos confrères y ont plus de chances d'être favorablement et rapidement accueillies. C'est ainsi que tout récemment et, sans que l'affaire ait été bien longue à réaliser, il vient d'être décidé, par une ordonnance du 25 mai 1887, que dans chaque province existerait une Chambre médicale, composée de médecins élus par leurs confrères établis dans cette province ; sa compétence s'étendra à toutes les questions d'intérêt professionnel ou de salubrité publique ; les Chambres médicales participeront aux attributions de l'Etat en se faisant représenter dans les Conseils de médecine provinciaux et les Commissions scientifiques. Aux médecins qui auront manqué à leurs devoirs professionnels d'une manière notoire ou à plusieurs reprises, ou qui se seront montrés par leur conduite indignes de leur mission, une décision du président des Chambres de médecine pourra enlever d'une manière permanente ou temporaire le droit d'élection et d'éligibilité.

Remarquez, je vous prie, que je ne discute pas en ce moment le caractère même de cette innovation, que plusieurs tentatives infructueuses n'ont pu introduire en France, dans ses parties essentielles ; ce que j'en retiens seulement, c'est qu'elle a pu être faite en Prusse parce qu'une administration spéciale, stable et autonome s'y occupe des affaires médicales civiles. Nous y tendons, il est vrai, chez nous, depuis la constitution d'une direction générale de l'Assistance publique et des institutions de prévoyance ; mais c'est là une direction dont les attributions sont encore des plus restreintes et qui, telle qu'elle est, n'empêche pas nos affaires d'être enregistrées, instruites, étudiées, arrêtées, et non décidées par plusieurs autres administrations. La conséquence, direz-vous, c'est que nous ayons le moins de relations possible avec l'administration et que nous nous efforcions de traiter nos affaires nous-mêmes toutes les fois que nous le pouvons faire ; développons donc parmi nous le droit d'association : apprenons à connaitre ses avantages et cherchons à nous discipliner pour en recueillir tous les bénéfices qu'il ne manque pas de donner à tous ceux qui savent s'en bien servir. Regardez tout autour de vous les excellents résultats qu obtiennent certaines Sociétés ; sans aller jusqu'à acquérir la prospérité de l'honorable et illustre corporation des épiciers de la cité de Londres qui organisait, il y a trois ans, des concours pour décerner 25,000 francs de prix sur des sujets de médecine, nous pouvons espérer que les services et les revenus de notre Association générale ainsi que ceux des autres sociétés nouvelles s'accroîtront d'autant plus que nous les aiderons davantage, en attendant moins des efforts toujours tardifs et souvent négatifs des pouvoirs publics, tels qu'ils sont actuellement organisés. Ainsi nous parviendrons surtout à obtenir que l'interprétation de la loi nous soit moins préjudiciable qu'elle ne l'est d'ordinaire ; car, si la législation qui nous régit est sur certains points démodée et insuffisante, rien n'empêche les magistrats de l'empêcher de nuire d'une manière trop flagrante à nos intérêts les plus légitimes.

(Gazette hebdomadaire.)

Projet de loi concernant les herboristes.

Voici un rapport dans lequel la 14e commission d'initiative parlementaire appuie une proposition de loi de M. Vergoin concernant les herboristes :

« Messieurs,

« Les lois et ordonnances qui régissent l'herboristerie présentent une obscurité et une ambiguité qui ont été signalées depuis longtemps.

« L'ambiguité porte sur la nature même des substances ou des produits médicinaux dont le droit de vente peut appartenir aux herboristes. La définition de ces substances, telle que nous la trouvons dans les anciennes lois et ordonnances, offre si peu de précision qu'il est souvent difficile, et même impossible aux tribunaux, de déterminer si telle ou telle substance doit être considérée comme une « drogue simple » dont la vente soit permise aux herboristes, conformément à la loi du 21 germinal an XI, ou comme une « composition pharmaceutique » dont la préparation et la vente sont réservées aux pharmaciens seuls. De là un grand nombre de jugements et d'arrêts contradictoires, de poursuites, qui ont jeté un trouble profond dans le commerce de l'herboristerie.

« Ce ne sont pas seulement les tribunaux qui se partagent journellement sur l'interprétation de textes surannés et anti-économiques. L'école de pharmacie elle-même, chargée d'en poursuivre l'application, finit par s'y reconnaître impuissante.

« Notre collègue, M. Vergoin, s'est ému des plaintes de la Chambre syndicale des herboristes de la Seine, déférées à la Chambre par voie de pétition. Il propose d'accepter pour réglementer l'herboristerie une base déjà indiquée depuis longtemps par les esprits les plus compétents en cette matière, en limitant ce commerce à la vente de toutes plantes ou mélanges de plantes médicinales non vénéneuses.

« Quant à la classification même de ces plantes, elle est indiquée par le « Codex ».

« En conséquence, Messieurs, votre commission a l'honneur de vous inviter à prendre en considération la proposition de M. Vergoin.

« Elle vous demande, en outre, de renvoyer cette proposition à l'examen de la commission spéciale, déjà chargée d'étudier un projet du gouvernement sur la matière. »

(Union pharm.)

Les médecins et les Compagnies d'Assurances-Accidents.

Le Tréport, le 26 septembre 1887.

Mon cher confrère,

La règle que vous posez dans le n° 39 relativement à la conduite du médecin de l'assurance ne s'applique qu'au cas où la Cie ne soigne pas ses blessés, mais beaucoup de patrons assurent leurs ouvriers en leur garantissant les soins du médecin et la fourniture des médicaments, le médecin de l'assurance étant chargé du traitement, outre la délivrance des certificats de blessure et de guérison. La rétribution se fait soit par accident, soit par visite.

Maintenant que la plupart des patrons s'assurent, chez nous du moins, tout médecin appelé auprès d'un blessé doit demander à l'ouvrier s'il est ou non assuré, s'il est ou non soigné par la Cie, car bien souvent on va tout d'abord au plus près, quitte à ne jamais payer ce déplacement.

C'est une situation qui ne pourra jamais créer de conflit entre confrères convaincus de la nécessité de rapports convenables. Plus les idées du *Concours médical* se répandront, plus seront rares des faits tels que celui que vous citez.

LEMAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 4 octobre.

Tumeur imaginaire de la langue.

M. Hardy a observé, comme MM. Verneuil, Fournier, Laborde, des malades se plaignant de douleurs dans la langue qui leur faisaient craindre le développement d'une affection grave purement imaginaire. C'est surtout chez des névropathes que M. Hardy a constaté ces sensations, et de pareils troubles de la sensibilité peuvent être prodromiques de manifestations nerveuses graves (paralysie générale, tabes). Il les a rencontrées aussi chez d'anciens syphilitiques soumis trop longtemps à la médication mercurielle. C'est une névrose hypéresthésiante, conséquence d'une stomatite qui laisse une perversion de la sensibilité buccale.

Les moyens palliatifs sont les alcalins, longtemps continués, les badigeonnages avec la glycérine phéniquée. Le temps seul amène la guérison.

M. Luys a vu aussi des individus atteints de ces sensations douloureuses de la langue avec crainte de cancer. Ce sont quelquefois des prodromes de paralysie générale ou des illusions hypochondriaques encore localisées, mais susceptibles de se généraliser à tous les points du corps. Le traitement doit être approprié à leur psychopathie, l'hydrothérapie notamment.

M. Ern. Besnier fait remarquer que cet état a été décrit depuis longtemps sous le nom de *glossodynie* et considéré comme prodromique de troubles mentaux.

M. Verneuil lit une lettre de M. *Diday* qui a vu, lui aussi, des malades se plaignant d'ulcérations imaginaires de la langue, d'autres croient en avoir une à la verge. Beaucoup se croient alors atteints de manifestations syphilitiques ; mais il faut bien se garder de leur donner ni mercure ni iode. Il faut aussi les prémunir contre la tentation qu'ils ont de toucher sans cesse le point suspect.

M. *Javal* fait une communication sur la *myopie scolaire*. De l'examen des yeux d'un grand nombre d'écoliers, l'auteur a conclu que les myopes peuvent être divisés en deux catégories : celle des myopes à accomodation faible auquel il faut sévèrement imposer le port de verres leur permettant de voir de près sans faire usage de l'accommodation ; celle de myopes à accommodation énergique auxquels on peut ne pas donner de verres correcteurs ou tout au moins donner des verres qui ne corrigent qu'une partie de la myopie et permettent de voir les objets éloignés.

M. Javal propose donc une règle qui diffère également et de celle posée par les anciens à la suite de Sichel, proscrivant d'une façon absolue les verres correcteurs et de celle des modernes qui recommandent l'emploi de ces mêmes verres dans tous les cas.

M. *Charpentier* fait une communication sur le *mécanisme de l'accouchement dans les bassins utérins.*

M. *Chauvel* parle de *l'extraction tardive des projectiles enclavés dans les os de la face.*

ADHÉSION A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr BERMONDY, du Cannet de Cannes, présenté par le docteur Gruzu, de Cannes.

NOUVELLES

« On annonce que M. Balaam, pharmacien, maire de Bar-le-Duc, vient, sur les instances du sénateur de la Meuse, M. Develle, d'être nommé inspecteur général des pharmacies de France aux appointements de 20.000 fr.

Le besoin se faisait-il sentir de cette nouvelle création, alors que tous les syndicats de pharmaciens émettent des vœux pour la suppression de l'inspectorat ? » (*Répertoire de Pharmacie*).

Étonnant, par ce temps d'économies budgétaires.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs de la mort du Dr FONROBERT, de Lyon, membre du *Concours médical.*

BIBLIOGRAPHIE

Dr SELLE (Membre du *Concours médical*). — *Le Guide maternel ou l'Hygiène de la première enfance.* 1 vol. Paris, O. Doin, éditeur.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André, 3.

Neuvième année — N° 42 — 15 Octobre 1887

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU CONCOURS MÉDICAL

le 13 novembre 1887.

Ordre du jour.

I. Rapport du Directeur. Exposition de la situation de la Société;
II. Exposition de la situation financière;
III. Exposé des travaux de l'année;
IV. Assurances contre la maladie;
V. Caisse des pensions de retraite;
VI. Comité de protection des pupilles du corps médical;
VII. Affectations diverses et budget;
VIII. Discussion des propositions des membres du *Concours médical*.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'UNION DES SYNDICATS

le 13 novembre 1887.

Ordre du jour.

I. Allocution du Président;
II. Situation financière et budget;
III. 1° *Projet de création de l'ordre des médecins* ;
2° *Exercice de la médecine civile par les médecins militaires* ;
3° *Les médecins des hôpitaux et les commissions administratives* ;
4° *Assistance médicale. — Médecine des indigents* ;
IV. Propositions diverses.

QUINZAINE CHIRURGICALE

L'appareil d'Hennequin dans le traitement des fractures de l'humérus. (1).

Presque tous les appareils destinés au traitement des fractures de l'humérus sont insuffisants. Le Dr Hennequin, frappé de ce défaut commun, s'est efforcé de le corriger au moyen d'un appareil plâtré, combiné de façon à pouvoir être appliqué tandis que le membre fracturé est soumis aux forces d'extension et de contre-extension qui facilitent la coaptation parfaite du fragment. Cet appareil prend un point d'appui sur l'aisselle et le moignon de l'épaule, un autre sur l'avant-bras fléchi à angle droit devant la poitrine. Il est bon, quand l'épanchement sanguin est considérable, d'attendre, pour placer l'appareil, que le gonflement ait commencé à diminuer et d'appliquer un moyen de contension et d'immobilisation provisoire.

La confection et l'application de l'appareil réclament une succession de manœuvres que nous allons résumer aussi clairement que possible : 1° On fait d'abord asseoir le blessé sur le bord du lit ou sur une chaise au-dessous d'un point d'appui quelconque auquel on pourra fixer un lacs. Si le blessé est trop gravement atteint, on le laisse couché, mais en ayant soin de faire déborder le membre en dehors du lit.

2° On applique sur la main jusqu'à la racine des doigts, sur l'avant-bras et l'extrémité inférieure du bras un bandage ouaté légèrement compressif de 1, à 2 centimètres d'épaisseur. On fléchit alors l'avant-bras à angle droit et on le maintient ainsi, à l'aide d'une bande de 2 mètres dont le milieu formant une boucle, embrasse le poignet et dont les deux chefs vont se croiser derrière la nuque, pour revenir d'arrière en avant sur les côtés du thorax passer dans la boucle antérieure et se nouer devant la poitrine. L'aisselle est garnie d'une compresse longuette, ouatée, croisée à la partie supérieure du moignon de l'épaule et fixée au moyen d'une épingle ou de quelques points de couture.

3° Pour appliquer l'extension et la contre-extension, on procède de la façon suivante : Une bande passant en anse dans l'aisselle, garnie à l'avance

(1) *Revue de chirurgie*, juin, juillet, août 1887.

(lacs contre-extenseur) va se fixer au point d'appui indiqué plus haut au-dessus du malade, ou en arrière de lui à la tête du lit, s'il est couché. Une autre bande de 1 mètre est appliquée par sa partie moyenne à la face postéro-inférieure du bras, ses deux chefs sont croisés obliquement au devant du pli du coude, puis retombent de chaque côté de l'avant-bras, chacun reçoit alors un poids de 2 à 3 kilog., ce qui réalise une extension progressive qui réduit peu à peu la contracture musculaire. On laisse alors le malade soumis à ces deux forces contraires.

4° L'appareil plâtré lui-même se compose de 16 feuilles de tarlatane de 1 mètre de long (pour adulte de taille moyenne) ayant pour largeur la circonférence du bras. Au bord supérieur on creuse une échancrure large de 8 centimètres et profonde de 15 à 20, destinée à embrasser le creux axillaire et le moignon de l'épaule. Les deux chefs ainsi formés sont, à leur tour, divisés en deux suivant la longueur. Au bord inférieur, autre échancrure de même largeur, mais de 25 à 27 centimètres de profondeur, destinée à embrasser le pli du coude. On a ainsi un appareil en forme d'H dont la partie transversale doit être de la longueur même du bras mesurée du creux de l'aisselle à la partie culminante du coude fléchi. Cet appareil est imbibé de plâtre délayé selon l'usage.

5° La coaptation des fragments étant accomplie et vérifiée, on passe l'appareil entre le thorax et le bras et on dirige les deux chefs supérieurs bifides l'un en avant, l'autre en arrière du moignon de l'épaule. Dans l'écartement de leur languette on fait passer les chefs du lacs contre-extenseur et on entrecroise les languettes sur le moignon de l'épaule ou un aide les fixe par une légère pression.

On moule alors sur le bras le plein de l'appareil, dont l'échancrure inférieure vient embrasser le pli du coude comme la supérieure embrasse le creux de l'aisselle. Les chefs inférieurs se conduisent alors en arrière de l'avant-bras, puis reviennent sur ses côtés s'entre-croiser sur sa face antérieure, comme les courroies d'un cothurne, jusqu'au niveau du poignet. Une bande sèche roulée est fixée mollement autour du bras pour mouler l'appareil.

6° Au bout de 20 à 25 minutes on supprime l'extension et la contre-extension, on égalise les bords de l'appareil et le malade peut alors se tenir debout et marcher même un peu. Il peut aussi mouvoir la main du côté malade, et même sans inconvénient imprimer à l'épaule de légers mouvements.

Par la fenêtre qui reste ouverte en avant de l'appareil on surveille la résolution de l'épanchement sanguin et la diminution de volume du membre, on garnit alors le vide qui se produit entre le bras et l'appareil et au besoin, si on le juge nécessaire, on renouvelle celui-ci au bout d'une vingtaine de jours. Trente-cinq jours suffisent ordinairement à la consolidation; au bout de ce temps on enlève l'appareil et au moyen des douches, de l'électricité, du massage, des bains stimulants et de l'exercice réitéré, on rend au membre sa souplesse et l'intégrité de ses mouvements. Ceux-ci se rétablissent d'autant mieux que la réparation du levier est plus parfaite.

Traitement de l'orteil à marteau par l'ostéotomie (1).

La thèse de doctorat du Dr Cohen résume tout ce que l'on sait sur l'orteil à marteau et étudie plus spécialement un moyen de cure radicale de cette affection par une opération qu'autorise largement aujourd'hui la chirurgie antiseptique. L'orteil à marteau se rencontre dans les proportions de 1,65 à 2 pour 1000; il est plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Assez souvent héréditaire, la défor-

(1) Thèse Doctorat, Paris 1887.

FEUILLETON

Insalubrité des Maternités de quelques Hôpitaux de province,

Par M. le Dr H. Naplas. *(Suite et fin.)*

A P..., on a depuis de longues années apporté une amélioration notable en ayant une salle d'accouchement où se fait le travail, et une salle pour les soins consécutifs ; mais ces deux salles sont assez éloignées, il n'y a aucun moyen de transport de l'une à l'autre, et on trouve tout simple de faire marcher les accouchées, immédiatement après l'accouchement, de l'une à l'autre salle.

Je ne crois pas utile de multiplier ces exemples. Ils suffisent à montrer la complète indifférence que certaines administrations hospitalières ont pour ces services d'accouchement. Si, par hasard, les salles et les chambres sont un peu proprement tenues, si de temps à autre on les trouve convenablement meublées, elles n'ont ni lavabos, ni dépendances indispensables, ni cabinets d'aisance hygiéniquement installés, et le personnel est tout juste au niveau du matériel . . . .

Les causes de cet état de choses sont multiples. Il convient de constater d'abord que *le personnel médical n'a qu'une part trop restreinte et même presque nulle dans l'administration hospitalière et dans la répartition des services.* Les membres des commissions hospitalières ne sont pas suffisamment éclairés sur les questions d'hygiène, et on doit ajouter, quoi qu'il en coûte, que les médecins eux-mêmes se désintéressent trop souvent de ces questions. Les membres de la Société de Médecine Publique doivent se dire que s'ils ont déjà, par la réunion de leurs efforts, provoqué une agitation salutaire en faveur de l'hygiène publique, ils sont encore loin d'avoir terminé leur tâche, et qu'il leur faut incessamment recommencer leur propagande (1).

Le personnel de surveillance des hôpitaux petits et grands est d'ailleurs insuffisamment instruit, et, sans vouloir traiter ici à fond cette question délicate, je me bornerai à signaler que la plupart des

(1) La Société de Médecine Publique devrait bien obtenir de son éditeur que l'échange de la *Revue d'hygiène*, son organe, soit pratiquée, sans hésitation, avec tous les journaux de médecine. Ceux-ci pourraient plus aisément intéresser leurs lecteurs aux questions si capitales de l'hygiène publique et privée.

H. C.

mation est alors bilatérale et symétrique. L'orteil à marteau acquis semble dû le plus souvent à l'usage de *chaussures trop courtes* ; elles déterminent la production d'un durillon (Blum), d'où périarthrite et ankylose de la jointure dans la flexion. La paralysie ou l'atrophie des interosseux, la contracture isolée de ces muscles et des lombricaux produisent une forme particulière de martellement. Enfin les *cicatrices* produisent une déformation utilisée par les jeunes gens pour se soustraire à la conscription dans certains pays.— La marche clinique de la difformité passe par plusieurs périodes. Dans la première, dite de *déformation simple*, la difformité se constitue ; elle peut prendre suivant les cas la forme d'un L renversé : ┐, du Z ou du C. Dans une *seconde période*, le malade est très gêné par les *cors* qui se forment aux points saillants, à la convexité de la courbure articulaire et au bout du doigt portant sur le sol. *L'ankylose* s'établit en même temps plus ou moins vite. Enfin, à une troisième période, le cor peut s'enflammer, la bourse séreuse qu'il recouvre suppure, l'articulation peut même se prendre et on a toutes les lésions du mal dorsal des orteils. La présence de cicatrices plus ou moins anciennes à la face plantaire du doigt est un signe important de l'orteil à marteau simulé et mérite d'être recherchée aux conseils de révision.

Le chapitre consacré au traitement, dans la thèse du Dr Cohen est soigneusement fait ; il décrit tout au long le procédé de redressement par ostéotomie mis en pratique par M. Terrier. En 1836, il y a plus d'un an, nous avions écrit, dans notre travail sur la chirurgie orthopédique inséré dans l'Encyclopédie internationale, que plusieurs expériences sur le cadavre nous avaient montré qu'on pouvait obtenir le redressement parfait du doigt, par la résection plus ou moins étendue de l'articulation malade, et que nous nous proposions de la pratiquer sur le vivant dès que nous en aurions l'occasion.

M. le Dr Terrier a réglé et réalisé ce programme. L'opération comporte plusieurs temps : après antisepsie préalable de tout le pied on pratique : 1° L'incision des parties molles supra-articulaires par un lambeau en forme de croissant, comprenant le cor.

2° L'ouverture de l'articulation, la section du tendon extenseur et des ligaments latéraux.

3° Le dégagement des extrémités articulaires.

4° La résection de ces extrémités dans une étendue convenable au moyen d'une pince coupante.

5° La suture des parties molles et le drainage.

Le pansement doit être rigoureusement antiseptique.

MÉDECINE PRATIQUE

Syphilis vaccinale et vaccination animale.

M. le professeur *Fournier* a traité dans une remarquable clinique (1) un sujet d'un haut intérêt pratique, la prophylaxie de la syphilis vaccinale.

La syphilis prise par la vaccination ne diffère en aucune façon de la syphilis acquise par tout autre voie ; elle reconnait toujours pour accident initial un chancre qui apparait au point où le vaccin a été inoculé ; elle évolue exactement comme toute autre syphilis acquise.

On a vainement essayé de révoquer en doute l'existence de la syphilis vaccinale, en discutant la légitimité du diagnostic ou le mode de transmission dans certains cas isolés ou dans certaines épidémies de syphilis vaccinale. Les médecins qui ont cherché à la nier ont été le plus souvent animés d'une intention excellente, celle de ne pas éloigner le public de la pratique de la vaccination par la crainte d'une infection syphilitique possible,

(1) *Bulletin médical*, 1887.

---

congrégations hospitalières n'ont pas le droit, aux termes mêmes de leurs statuts constitutifs, de soigner les femmes de mauvaise vie, les vénériennes et les femmes en couche. Ces statuts, qui mettent sur un même rang le vice et la sainte fonction de la maternité, il n'appartient pas aux commissions administratives de les modifier ; mais elles peuvent, dans les contrats qu'elles passent avec des surveillantes et des infirmières, soit congréganistes, soit laïques, s'adresser à des personnes dont les sentiments charitables n'ont pas de ces regrettables lacunes.

Si, comme le disait le professeur Le Fort dans son remarquable travail, publié il y a 20 ans, sur les maternités, les questions hygiéniques de propreté, de renouvellement du mobilier, d'isolement des malades infectées, de précautions contre la contagion, l'emportent sur toutes les autres, il convient d'ajouter que le choix d'un personnel inteligent est indispensable à l'application de ces sages mesures d'hygiène.

Il serait difficile pour les petits établissements de dire quelle mortalité résulte de ces conditions défectueuses que je viens de mettre sous vos yeux ; la statistique est ici absente ; on répond généralement, quand on s'en enquiert, qu'il ne meurt qu'une personne tous les deux ou trois ans, et quand on apprend que le nombre des accouchements est de sept ou huit par an, on trouve que la mortalité est encore de quatre à six pour cent. Elle peut être moindre pendant quelques années et tout d'un coup s'élever au double. Il peut se faire, comme le dit le professeur Lefort, qu'une petite maternité où les accouchements sont rares, où il n'y a souvent qu'une seule accouchée à la fois, rentre dans les conditions favorables d'un service à domicile, mais malheureusement, ajoute le savant professeur, la fièvre puerpérale, si elle y paraît, peut se perpétuer en attaquant une femme venue quinze jours ou un mois après pour faire ses couches. — C'est pourquoi il ne faut rien laisser au hasard et c'est pourquoi il faut dans les plus petits hôpitaux des Maternités saines, hygiéniquement construites et disposées.

En 1889, à la suite d'un rapport de notre collègue le Dr Thévenot, la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle votait les conclusions suivantes :

1° Les recherches expérimentales les plus récentes, ainsi que les déductions de la clinique, permettent aujourd'hui d'affirmer que la maladie des femmes en couche qu'on désigne sous le nom de

cette crainte ayant toujours été le seul argument digne d'attention, parmi la collection d'insanités débitées par les adversaires de la vaccination. Mais le bon sens public a partout réagi contre les exagérations, contre les craintes chimériques ; la constatation même officielle de la syphilis vaccinale n'a nullement compromis la pratique de la vaccination.

La transmission de la syphilis par la vaccination peut s'opérer de plusieurs manières : celle que l'on redoute le plus, à laquelle songent tous les médecins et beaucoup de familles, c'est l'inoculation du vaccin pris sur un vaccinifère syphilisé. Mais il en est d'autres.

C'est d'abord l'inoculation d'un vaccin irréprochable avec un instrument malpropre, une lancette qui, venant de servir à une opération quelconque faite à un sujet atteint de syphilis, servira peu après à vacciner un sujet sain, ayant été essuyée, mais n'ayant pas été lavée et désinfectée. Il est bien *rare qu'un médecin soit* assez négligent pour commettre un pareil acte.

« On a même parlé de transmission possible de la syphilis par un vaccin qui, desséché sur une plaque de verre, aurait été délayé dans de la salive d'un sujet affecté de syphilides buccales. Il resterait toutefois à savoir si un tel fait s'est jamais produit. »

Mais une circonstance qui peut être réalisée plus facilement est la suivante. Dans la vaccination, telle qu'elle se pratique journellement par véritables *journées*, il peut arriver que parmi les sujets qu'on vaccine se trouve un syphilitique. Le médecin qui vaccine, pressé de terminer la série de ses inoculations, oublie de stériliser sa lancette avant d'aller reprendre du vaccin sur le vaccinifère, il peut arriver que le vaccinifère soit contaminé ; on ne connaît pas encore d'exemple de cette contamination du vaccinifère ; mais il peut arriver aussi que la personne vaccinée ultérieurement soit aussi syphilisée. Un cas de ce genre a été publié par le Dr Taylor (de New-York), M. Fournier rappelle donc :

1° Qu'il est indispensable que le vaccinateur ne fasse jamais usage que d'instruments absolument irréprochables ; sinon d'instruments neufs pour chaque opéré, du moins d'instruments soigneusement purifiés (le meilleur moyen est de tremper la lame de la lancette dans l'alcool et de la flamber).

2° Que dans les vaccinations multiples la lancette ne doit jamais être reportée d'un sujet sur un autre sans avoir été lavée (avec de l'alcool ou avec une solution phéniquée).

3° Que de même enfin (et c'est là une précaution élémentaire souvent omise), la lancette ne doit jamais être reportée du vacciné sur le vaccinifère sans être soumise aux mêmes soins de purification.

Ce qui vaudrait mieux encore que toutes ces précautions, ce serait de substituer d'une façon définitive et absolue la vaccine animale à la vaccination de bras à bras. Car la génisse ne peut contracter la syphilis ; on ne peut arriver à lui communiquer cette maladie alors même qu'on s'efforce empiriquement d'y parvenir. Donc la génisse ne peut transmettre le virus syphilitique.

Les objections qu'on a faites à l'adoption définitive et absolue de la vaccine animale se réduisent aux deux questions suivantes : Est-il vrai que le vaccin animal échoue plus souvent dans la vaccine que le vaccin humain ? — Est-il vrai qu'il confère moins sûrement que le vaccin humain l'immunité contre la variole ?

La première objection est sans valeur. Il n'est nullement démontré que les inoculations faites avec du vaccin de génisse demeurent plus souvent stériles que les inoculations faites avec du vaccin humain ; pourtant en fût-il même ainsi, on en serait quitte pour recommencer. « Mieux vaut renou-

---

fièvre puerpérale, infection puerpérale, septicémie puerpérale, est éminemment contagieuse.

2° La contagion se fait par les tiers, par les pièces de pansements, par les instruments, par les objets qui servent à la toilette, enfin par l'air ambiant.

3° Les causes de contagion ne peuvent être prévenues qu'autant que les Maternités ne se trouvent pas directement réunies à un hôpital général et que, dans les Maternités, les bâtiments des femmes en couche seront rigoureusement séparés des infirmeries.

4° Les femmes accouchées doivent être isolées, au moins dans les six premiers jours qui suivent l'accouchement.

Les femmes apportées du dehors et suspectes seront isolées dans des bâtiments spéciaux.

5° Il y aura un personnel médical et un personnel d'infirmières d'une part pour le service d'accouchements, d'autre part pour le service d'infirmerie.

6° Le personnel médical devra s'abstenir de pratiquer des autopsies, de faire des dissections, de manier des pièces anatomiques, de faire des pansements chirurgicaux.

7° Dans les Maternités on emploiera les différents moyens et méthodes de désinfection. Toutes les précautions antiseptiques devront être prises.

8° Les bâtiments destinés à recevoir les femmes en couche doivent être isolés, ne contenir qu'un petit nombre de chambres ayant chacune un lit, et être aérés sur toutes leurs faces.

9° Les mesures recommandées dans ces derniers temps pour assurer la salubrité des locaux hospitaliers seront *à fortiori* appliquées dans les Maternités.

10° Une étuve à désinfection sera installée dans toute Maternité.

Je conviens volontiers que dans les petits hôpitaux qui ont un très petit nombre de lits pour la maternité ces conditions ne sont pas toutes aisées à remplir, et qu'elles entraîneraient des dépenses que les budgets hospitaliers ne permettent guère d'entreprendre ; mais précisément, parce que le nombre des lits est seulement de 2, 4 ou 6, il serait possible d'avoir des chambres séparées qui permettraient de soigner rationnellement les femmes en couche. Ce serait, moyennant une sage surveillance et des précautions antiseptiques convenables, un moyen de diminuer la mortalité et de faire que l'accouchement, qui est un acte physiologique, ne devienne pas une maladie grave et trop souvent mortelle.

Ce serait aussi un acte de justice auquel la dignité de l'Assistance est intéressée.

veler deux fois, trois fois cette très légère opération que de risquer de transmettre la vérole à un enfant. » — Quant à la seconde, elle serait capitale, si elle était démontrée vraie. Mais rien ne prouve, jusqu'à ce jour, que le vaccin de génisse préserve moins sûrement et moins longtemps de la variole que le vaccin humain.

Dira-t-on que la substitution absolue de la vaccine animale à la vaccine humaine va révolutionner les habitudes, les traditions, les aménagements administratifs, occasionner des dépenses spéciales pour l'entretien de génisses vaccinifères ? — Mais une telle révolution, si révolution il y a, est un fait accompli dans tous nos hôpitaux. Tous les malades entrants sont revaccinés sans exception avec le vaccin de la génisse. Pourquoi donc ne pas suivre dans la clientèle civile la pratique adoptée à l'hôpital ? —

Enfin, raison plus décisive encore, « si nous voulons vulgariser la pratique des vaccinations et des revaccinations de façon à pouvoir arriver à supprimer définitivement la variole, il faut nous efforcer, nous, médecins, de rendre la vaccine exempte de tout danger et ôter toute valeur à ce puissant argument de ses adversaires qu'avec le vaccin on peut conférer la vérole en même temps que l'immunité contre la variole ou même à la place de cette immunité.

Or la sécurité *absolue*, relativement à la transmission de la syphilis, existe-t-elle avec la vaccine animale ? Oui.

Existe-t-elle avec la vaccine humaine ? Non.

Comment, en effet, peut-on se procurer un enfant vaccinifère sûrement et incontestablement exempt de syphilis ? — En n'acceptant comme vaccinifère :

1° Qu'un enfant âgé de plusieurs mois, d'un an, si possible, parce qu'il est démontré que les manifestations de la syphilis infantile se font le plus communément dans les premières semaines ou dans les premiers mois de la vie.

2° Qu'un enfant surveillé médicalement depuis sa naissance et dont on examinera de rechef, au moment où il devra livrer son vaccin à autrui, la peau, les muqueuses, les viscères, de façon à dépister la syphilis, quelque forme qu'elle ait prise, en quelque endroit qu'elle se soit localisée.

3° Qu'un enfant dont les parents sont connus et chez lesquels on n'a aucune raison de suspecter la vérole.

Ce programme est parfait. Mais est-il toujours réalisable ? — D'abord, parmi les enfants syphitiques, il y en a qui sont en puissance de syphilis *latente*, sans aucune manifestation de syphilis active, évidente, patente, et dont cependant le vaccin contient le germe de la syphilis et peut transmettre l'infection. — Ensuite, est-ce qu'à propos d'un cas où vous voudrez prendre du vaccin sur un enfant dans votre clientèle, vous irez vous livrer à un examen *complet* (tel qu'il devrait être pour qu'il fût probant) des parents de cet enfant ? Ferez-vous, pour rechercher sur eux des stigmates de syphilis, mettre à nu le père ? et la mère ??

Ce sont des impossibilités pratiques. Vous vous direz : « Voilà un honnête ménage que je soigne depuis, cinq, dix, douze ans. Jamais il n'a été question de syphilis dans cet intérieur. Donc l'enfant né de ce ménage ne saurait avoir la syphilis. » Raisonnant de la sorte, vous tomberez juste 19 fois sur 20, 49 fois sur 50, si vous voulez, mais une fois de temps à autre vous tomberez à faux, parce que la syphilis du père tout au moins ne vous aura pas été révélée ; car, souvent à Paris, et très habituellement en province, c'est le médecin de la famille qui est le moins au courant de la syphilis de son client, tout au moins de son client marié.

Donc la sécurité absolue n'existe pas, ne saurait jamais exister avec la vaccine humaine.

II

Un de nos hygiénistes distingués, M. *A.-J. Martin* a publié dernièrement (1) un intéressant article sur la pratique de la vaccination animale. Nous y trouvons condensés les travaux de MM. Layet, Vaillard, Vallin, dont la compétence dans la question est de premier ordre.

Voici comment s'y prit M. le Dr Vallin, directeur du service de santé du 3e corps, pour faire vacciner ou revacciner dans l'espace de quelques semaines en hiver 5.000 hommes sur un territoire occupant trois ou quatre départements.

« N'ayant à sa disposition que du vaccin d'enfant, à prix relativement élevé et en petite quantité, il songea à centraliser dans un régiment de cavalerie à Rouen un service destiné à fournir du vaccin de génisse en quantité suffisante pour tous les besoins de son corps d'armée. Des génisses de deux à trois mois, du poids moyen de 100 kilogrammes, furent choisies parmi celles qui étaient destinées à la boucherie de Rouen ; on les conserva pendant huit jours environ dans les écuries de l'abattoir, où on les nourrit avec du lait (12 litres par génisse), auquel on ajouta un peu de farine pour quelques sujets seulement. Ces génisses furent successivement inoculées avec du cowpox d'origine absolument sûre, provenant soit de l'Institut vaccinal municipal de Bordeaux, confié aux soins de MM. Layet et Baillet, soit d'un Institut vaccinal particulier de Montpellier. Sur chaque animal, on pratiqua, sur la peau rasée du flanc et de la région abdominale, environ 100 scarifications superficielles de 2 à 3 centimètres de longueur et la plaie fut badigeonnée avec de la pulpe de cow-pox glycériné. Le cinquième jour (le septième, quand on se servait de poudre de cow-pox délayée), les croûtes recouvrant la plaie étaient fortement raclées jusqu'à léger suintement ; la pression continue avec les pinces de Chambon faisait rendre peu à peu une petite quantité de lymphe; le grattage à l'aide d'une curette de Volkman détachait rapidement une pulpe rosée qu'on délayait dans un verre de montre avec son volume d'eau glycérinée. Le vaccin ainsi recueilli le matin et placé dans des tubes gros et courts bien bouchés, de 2 à 3 centimètres cubes, était aussitôt expédié par la poste à tous les médecins des corps de troupe ou des détachements du corps d'armée, dans des

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1887, n° 38.

étuis en bois ou en fer-blanc ; dans l'après-midi du même jour ou le lendemain au plus tard, l'inoculation pouvait être pratiquée. »

Le *vaccin de conserve*, fait avec de la pulpe desséchée, pulvérisée et gardée dans des tubes jusqu'au jour où pour s'en servir on le délaye dans son volume d'eau glycérinée, ne vaut pas le vaccin frais, nous dit M. le Dr Vaillard. Non seulement son activité est sujette à faiblir, mais son action a donné quelquefois lieu à des inflammations locales, à des lymphangites, à des phlegmons circonscrits, voire même à des septicémies graves. Il fait en effet remarquer que la pulpe réduite en poudre renferme des matières organiques : sang, fibrine, débris de tissus et qu'alors des éléments septiques peuvent se produire et se mélangeant avec le vaccin, déterminer des accidents. » On ne s'en servira donc que dans des cas exceptionnels, et il sera prudent de l'inoculer tout d'abord à la génisse afin de faire servir cette nouvelle source de vaccin à l'espèce humaine.

Enfin il y a intérêt à méditer les conseils suivants sur les précautions à prendre pour obtenir le maximum de vaccinations efficaces avec le vaccin animal :

« Dans certains pays étrangers la vaccination est opérée par scarifications. En France on préfère la piqûre avec la lancette ou l'aiguille. Les instructions réglementaires du corps de santé militaire prescrivent de faire trois piqûres à chaque bras. D'après les statistiques du docteur Marson, la mortalité variolique est en raison inverse du nombre des piqûres. M. Vallin fait remarquer très judicieusement que le vaccin d'une génisse pouvant être accidentellement faible, il vaut mieux, si l'on peut avoir des tubes provenant de deux génisses différentes, vacciner exclusivement au bras gauche avec l'un des deux vaccins et à droite avec le liquide d'autre provenance. Mais c'est surtout sur l'importance du soin apporté à la vaccination, opération souvent trop négligée, qu'il donne des renseignements extrêmement curieux. Dans son corps d'armée, l'un des médecins militaires a obtenu un nombre considérable de succès (182 sur 190 hommes inoculés), en introduisant dans chacune des six inoculations faites à chaque homme une parcelle visible de pulpe dans la petite plaie en cul-de-sac de la couche sous-épidermique. Nous avons eu nous-même maintes fois l'occasion de constater avec quelle parcimonie les sages-femmes et quelquefois les médecins inoculent le vaccin, et nous sommes convaincu que beaucoup d'insuccès n'ont pas d'autre cause. Il faut aussi noter la hâte avec laquelle l'inoculation est souvent faite. C'est là une opération dont on ne soupçonne pas assez d'ordinaire toute la délicatesse, si l'on veut qu'elle réussisse le plus fréquemment possible. Les cas très rares d'accidents survenus à la suite de la vaccination animale ne s'expliquent en effet d'ordinaire que par quelque négligence dans le mode d'emploi ou dans le procédé de conservation. Il y faut joindre aussi, quelquefois, les conditions météorologiques et climatériques extérieures ; c'est ainsi que, pendant la période des dernières chaleurs, on a constaté de divers côtés des insuccès assez nombreux, soit dans la culture du vaccin animal, soit dans les vaccinations, si bien que l'Office vaccinogène central de l'Etat belge a dû en prévenir les médecins et les administrations publiques, afin d'éviter que dorénavant les vaccinations soient pratiquées pendant les mois les plus chauds de l'année en dehors des cas urgents. »

P. LE GENDRE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Nécessité d'un code déontologique à propos d'un conflit regrettable entre deux confrères.

Le 13 octobre 1887.

Monsieur le Directeur et cher confrère,

Il est des susceptibilités qu'aucune précaution n'est assez savante pour ménager. Et quand, par malheur, elles sont surexcitées par une question d'intérêt, des rapports, déjà difficiles, deviennent impossibles, et sont à chaque instant l'origine de conflits regrettables que rien ne saurait empêcher de se produire.

Telles sont les réflexions que m'a suggérées la rencontre qui a eu lieu chez le blessé dont on vous a entretenu, réflexions qui se sont renouvelées à la lecture de la lettre que vous avez insérée dans le *Concours* du 25 septembre et à laquelle vous avez la bonne grâce de me convier à répondre.

Je pense que ces réflexions viendront aussi à l'esprit de vos lecteurs qui sont en même temps des juges, à l'impartialité desquels je suis heureux de pouvoir faire appel.

Ce n'est pas, à la vérité, une défense que je viens vous adresser ici, mais bien une rectification de faits exposés d'une façon complètement et, malheureusement aussi, volontairement inexacte.

Voici, en effet, le récit très sincère de ce qui s'est passé :

Le 5 septembre dernier, vers 5 heures du soir, un accident se produisait à l'usine de M. X... ; le blessé souffrant beaucoup, fut immédiatement transporté chez lui, et je fus aussitôt appelé pour lui donner des soins. J'étais précisément à la campagne ; ma visite se fit donc attendre, et dans la crainte que mon retour n'eût lieu trop tard, les personnes qui entouraient le blessé prièrent mon confrère de le visiter en mon absence.

Permettez-moi de vous faire remarquer dès maintenant que l'invitation qui m'était adressée de soigner le blessé provenait, *non pas de l'Assurance qui ne paie pas les frais de traitement des accidents, mais bien de l'industriel lui-même* dont je soigne les blessés depuis assez longtemps déjà, et auquel je réclame dans ce cas particulier des honoraires, que je fixe d'après le tarif que nous appliquons à la classe ouvrière.

Quand j'arrivai chez le blessé, il était environ 8 heures du soir ; celui-ci souffrait horriblement, et, après avoir appris qu'un confrère avait été appelé, je m'enquis sans plus tarder de ce qui avait été prescrit. Je sus alors qu'une potion avait été administrée, qui n'avait apporté aucun soulagement, et dont il restait à peu près deux ou trois cuillerées.

Je pensais donc que, suivant l'habitude admise, le confrère qui avait donné les premiers soins ne devait pas revenir, et je dis au blessé *textuellement* ceci : « Je suis prié par M. X... de vous donner « des soins comme à ses autres blessés. A moins

« d'un refus de votre part, que vous pouvez exprimer en toute liberté, c'est donc moi qui ai la « charge de votre traitement. Puisque la prescrip- « tion de mon confrère ne vous a pas calmé, au lieu « de la renouveler je vais en faire une autre qui « nous donnera peut-être plus de succès. »

Sur la demande du blessé qui m'avait manifesté le désir de recevoir mes soins, et non ceux de mon confrère, je revins vers 10 heures, et à mon grand étonnement, je trouvai là ce dernier qui enlevait les sangsues dont j'avais conseillé l'application et qui m'accueillit par une pluie d'injures comme j'espère bien n'en jamais plus recevoir de ma vie.

Et alors se produisit une petite scène digne du pinceau de notre grand Molière, et dont les assistants ont dû depuis bien rire.

Je vois encore mon confrère gesticulant dans l'espace circonscrit par le lit du malade d'un côté, de l'autre côté par une très large table située en face de ce lit, et sur laquelle venaient s'appuyer les deux portes de l'alcôve dans lequel il était placé. De cette position absolument inexpugnable, il m'accablait d'injures dont voici les moins désagréables à entendre : « De quel droit êtes-vous ici ? Est-ce « que vous croyez que ce malade peut guérir en « avalant un peu d'eau de fleurs d'oranger sucrée ? « Vous ne savez pas un mot de la médecine, et si « ce malade meurt, vous en répondrez devant la « Société (*sic*). Sortez ou je vous mettrai à la porte « moi-même ».

Je ne perdis pas heureusement mon sang-froid, et je répondis simplement à mon confrère que je ne revendiquais qu'un droit m'appartenant, qu'au surplus il pouvait conserver le blessé s'il tenait absolument à se l'approprier, que je n'avais pas la prétention de croire que je pourrais jamais atteindre à la supériorité qu'il s'attribuait à lui-même, que cependant, devant l'heureux résultat obtenu par ma médication, je maintenais l'exactitude de mon diagnostic, que je sortirais de la chambre du blessé afin d'éviter la prolongation d'une scène scandaleuse, mais qu'enfin, quant aux menaces qu'il s'était permis de proférer, j'étais bien décidé à lui faire durement regretter toute tentative faite pour les mettre à exécution.

Puis je me retirai, sans me préoccuper de ce que pouvait continuer à dire mon confrère qui en avait complètement oublié le blessé.

Tel est le récit absolument exact, je l'affirme encore, de ce qui s'est passé le 5 septembre.

De ce qui précède, il résulte :

1° Que j'ai été appelé *le premier* à donner des soins à un blessé appartenant à un établissement dont je suis depuis assez longtemps le médecin, et que j'avais des raisons de penser que, suivant les habitudes admises, ce blessé m'appartenait.

2° Que la médication de mon confrère ayant échoué et étant d'ailleurs arrivée à sa fin, j'étais en droit de suivre mon inspiration, et d'en essayer une autre.

3° Qu'enfin mon confrère pouvait bien, sans se livrer aux injures que n'approuvait pas le public présent à la scène, m'entraîner à l'écart pour résoudre avec moi la difficulté survenue.

4° Qu'enfin l'*Assurance* n'était pas et ne pouvait pas être en cause ici.

Et puisque mon confrère a prononcé le mot de *dignité*, qu'il me permette de lui dire que la dignité n'est pas dans l'agression imméritée du 5 septembre non plus que dans la colère injustifiable qui l'a précédée, accompagnée et suivie, mais qu'elle est au contraire dans le respect des personnes, dans celui des usages établis, comme dans celui des droits acquis, et, pour tout dire enfin, dans la pratique sincère, loyale, des *Règles de Déontologie* que le *Concours médical* s'est donné la noble tâche de défendre contre ceux qui seraient tentés de les enfreindre à leur profit.

Veuillez agréer, etc.

Dr X.

RÉFLEXIONS. — Nous supprimons la signature du Dr X, comme nous avions supprimé celle du Dr Y. Nous sommes donc en présence d'un débat survenu, comme toujours, entre gens qui auraient mieux fait de s'expliquer, que de s'en rapporter aux dires de leur entourage. Nous avons donné la parole aux deux parties et le débat est absolument clos. On peut voir combien il est nécessaire de procéder, en ces circonstances, d'après les règles d'une stricte déontologie. On évitera les difficultés et on ne donnera pas au public le triste spectacle de deux médecins se disputant un client qui rit de leur ardeur.

Notre but était de faire ressortir la nécessité de règles sévères dans les rapports confraternels. On nous a souvent écrit que le *Concours* avait prévenu ou apaisé des conflits, et que les médecins âgés s'étonnaient de l'urbanité qui tend à prévaloir, en général, dans les rapports de nos adhérents, et qu'ils se laissaient gagner à cet exemple.

On voit par la lecture de ce regrettable incident qu'il n'en est pas toujours ainsi. On appréciera d'autant plus le travail déontologique qu'élabore notre très estimé collaborateur et ami, M. Dulaurier, de concert avec le *Syndicat* et l'*Association* de la *Gironde*.

Il précisera les règles de conduite ; nous espérons que nos lecteurs les approuveront et voudront s'y conformer. En les y amenant, nous aurons plus fait pour la profession qu'en obtenant les modifications de la législation médicale réclamées depuis tant d'années, sans succès jusqu'à ce jour.

A. C.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 11 octobre.

M. *Chédevergne* (de Poitiers) fait une communication sur les caractères différentiels de la *suette rubéolique* et de la rougeole compliquée de miliaire, à propos de la dernière épidémie de suette miliaire, sur laquelle M. Brouardel a fait, il y a peu de temps, un si remarquable rapport.

Voici les caractères cliniques : Dans la suette rubéolique, sueurs abondantes parfois profuses, vomissements et étouffements, épistaxis répétées ; l'éruption se fait habituellement le deuxième jour, parfois le premier ; mais, dès le deuxième jour, elle s'étend en nappe scarlatiniforme, desquamation furfuracée ou à grands lambeaux. Le malade meurt deux ou trois jours après le début avec des phénomènes nerveux intenses, suffocation, constriction épigastrique, délire, agitation.

Dans la rougeole compliquée de miliaire, sueurs modérées, ni vomissements, ni épistaxis. Le cinquième jour a lieu l'éruption morbilleuse ; le septième, le huitième et le neuvième, l'éruption de miliaire Elle reste franchement rubéolique jusqu'à l'appari-

tion de la miliaire qui, si elle est confluente, la couvre et la cache d'autant mieux que l'exanthème morbilleux cesse alors d'exister. Les autres rougeoles, c'est-à-dire les neuf dixièmes des cas restent indemnes de miliaire et se comportent comme d'habitude : desquamation presque toujours furfuracée. La mort a lieu du cinquième au dixième jour à dater du début de l'éruption, et du dixième au quinzième jour à dater du début de la maladie.

Voici maintenant les caractères épidémiologiques : La suette rubéolique prend les enfants ayant eu la rougeole ; elle récidive ; l'incubation est de vingt-quatre heures.

Notre rougeole avec ou sans miliaire n'a pris que des enfants qui n'avaient pas eu la rougeole ; elle n'a pas récidivé. Les parents des enfants n'ont pas été malades. L'incubation a toujours été de dix à onze jours. La miliaire n'était arrivée que trois ou quatre jours après.

M. *Besnier* fait sur l'importante monographie que M. Leloir a consacrée à *la lèpre*, un long et intéressant rapport qu'il termine par les propositions suivantes, destinées à servir de base à une discussion éventuelle :

Loin d'être une maladie éteinte, la lèpre tient, au contraire, une grande place dans l'épidémiologie générale et internationale ; elle présente pour ce pays *un intérêt direct*. Ce n'est ni une maladie spontanée, ni une affection accidentelle ou toxique : c'est une maladie exclusivement humaine, spécifique, avec un élément bactérien déterminé.

On ne sait pas encore quelle est la forme microphytique qui transmet la maladie sûrement, mais l'existence de ces microphytes dans toute lésion lépreuse, d'une part, et la transmissibilité de la lèpre, d'autre part, sont deux faits que l'on ne peut séparer.

Cette transmissibilité s'exerce dans une mesure extrêmement variable et selon des conditions en partie dévoilées, en plus grande partie ignorées : l'homme semble être le seul agent, ou du moins l'agent essentiel, inévitable de cette transmission. Il est à peu près certain qu'elle peut être inoculée pendant la vaccination, par exemple ; il est certain que l'homme la transporte d'un lieu dans un autre et qu'elle reste attachée à lui, non au sol ; il est certain qu'on peut la contracter par hérédité ; mais le péril héréditaire est infiniment moins grand qu'on ne le croit encore, et l'on peut aujourd'hui protester hautement contre la fatalité héréditaire dans laquelle on a jusqu'à présent enfermé la lèpre.

Des conditions extrinsèques, telles que la misère sociale et la promiscuité sordide, favorisent au plus haut point la propagation de la maladie ; les conditions inverses : état social régulier, l'application des lois de l'hygiène générale et privée, annihilent à peu près sa faculté contagieuse.

Ainsi, mieux conçue et plus clairement définie grâce aux travaux des médecins contemporains, parmi lesquels beaucoup sont nos compatriotes et au premier rang desquels il faut placer M. Leloir, grâce au développement des doctrines de l'illustre Pasteur, la lèpre est définitivement entrée dans la période scientifique de son histoire. Dès maintenant, à défaut d'une thérapeutique efficace, la médecine peut lui opposer une prophylaxie certaine basée sur les progrès de l'hygiène et de la sociologie générales et prendre les mesures de protection nécessaires dans quelques conditions déterminées, sans avoir recours aux procédés cruels d'un autre âge, et en restant fidèle aux principes de liberté et d'humanité qui sont la gloire la plus pure de notre époque !

IXe CONGRÈS INTERNATIONAL

de Médecine et de Chirurgie (1)

tenu du 5 au 10 septembre

à WASHINGTON

SECTION DE GYNÉCOLOGIE.

Le docteur *Duncan C. MacCallum*, de Montréal, fait une communication sur *les hémorrhagies supplémentaires*.

Après avoir fait un résumé de leur bibliographie, il cite quatre observations personnelles ; dans deux d'entre elles, des vomissements de sang se déclarèrent au lieu des menstrues, dans la troisième de l'épistaxis, et dans la dernière une abondante hémoptysie.

Le professeur *F. Lazarewitch* de Saint-Pétersbourg, lit un article intitulé : *Le mécanisme du travail et le forceps normal*. Il a fait construire un forceps à branches droites et parallèles.

1. Le forceps doit être considéré comme un simple appendice des mains.
2. Plus les cuillères sont petites, plus il est facile de les introduire.
3. Le risque de traumatisme augmente avec la dimension de la cuillère.
4. Les bords convexes ne doivent être ni trop minces ni trop épais.
5. L'instrument doit s'articuler facilement, en permettant une légère rotation longitudinale aux branches.
6. Les branches doivent être parallèles.
7. Les manches doivent être construits pour faciliter l'introduction.
8. Le forceps doit être fabriqué de métal poli, afin de pouvoir le rendre facilement aseptique.
9. Il est inutile et même nuisible de donner à l'instrument une courbe pelvienne.
10. Le forceps parallèle, qu'il nomme forceps normal, remplit toutes ces conditions.

Le docteur *W. S. Stewart*, de Philadelphie présente un *Forceps à branches parallèles*.

Le docteur *James C. Cameron*, de Montréal, lit un article intitulé : *L'influence de la leucémie sur la grossesse*.

Nos connaissances sur ce sujet sont très limitées. Nous savons que cette affection est fréquente chez les femmes, surtout à l'époque de la grossesse ou de la menstruation ; son effet sur les organes de la génération est peu connu. Elle se développe fréquemment vers la fin de la grossesse.

Il cite l'observation d'une malade, chez laquelle la leucémie était héréditaire.

(1) Voir le numéro 41. — D'après les épreuves communiquées par le *Medical Record*, de New-York.

Le professeur *A. Charpentier*, de Paris, fait une communication sur *l'urémie expérimentale*.

Il donne le résultat d'expériences qu'il a faites sur la production artificielle d'urémie chez des animaux pendant la grossesse. Il a fait, dans le sang, des injections sucessives d'urée jusqu'à ce qu'elle s'y présentât en excès. Dans ce cas, la mort du fœtus précédait celle de la mère, et la quantité d'urée trouvée dans ses veines était supérieure à celle que contenaient les veines de la mère. C'était là, du reste, la cause de la mort du fœtus.

Le docteur *William T. Lusk*, de New-York, fait une communication sur *le pronostic de la section césarienne*.

Il condamne sévèrement la facilité avec laquelle on a recours à la crâniotomie. Pour la section césarienne, un résumé consciencieux des statistiques donne des résultats très favorables, même avec la méthode ancienne, lorsque les conditions sont bonnes et que l'opération est pratiquée avec habileté. Il est, en général, possible d'éviter une issue fatale.

L'auteur compare les résultats brillants obtenus à l'étranger à la mortalité des dernières opérations américaines, et considère que l'on ne pourra formuler un diagnostic plus favorable que lorsqu'on aura appris, à reconnaître les indications opératoires avant le moment où l'opération doit se faire.

Ce qui entrave le progrès dans ce pays c'est le diagnostic faux ; tout médecin doit s'exercer à reconnaître les malformations du bassin. L'opérateur doit au moins posséder la connaissance théorique de la technique à suivre.

Le docteur *M. Sanger*, de Leipzig, lit un mémoire qui a pour titre : *L'opération césarienne*.

Le procédé opératoire de l'auteur est préférable à celui de Porro, lorsque l'enfant est vivant ou lorsque l'enfant est mort et que la crâniotomie ou l'embryotomie entraînerait la mort de la mère. L'opération ne doit être pratiquée que si la cavité utérine a été maintenue aseptique ; elle doit être faite de bonne heure.

Il insiste sur les points suivants :

1. Précautions antiseptiques rigoureuses.

2. L'incision abdominale, longue de seize centimètres, doit porter sur la ligne blanche, sur le centre du fond de l'utérus.

3. Il vaut mieux ne pas retirer l'utérus de la cavité abdominale, à moins que le fœtus ne soit mort ou que l'opérateur n'ait pas assez d'aides.

4. La ligature élastique ne doit pas être placée avant d'ouvrir la matrice, car elle met en danger la vie de l'enfant ou elle peut inclure une partie du corps de l'enfant, si bien qu'il faudrait qu'elle fût desserrée au moment où l'opérateur a besoin de ses mains pour un acte plus important.

5. Il faut pénétrer dans l'utérus par une incision médiane antérieure ; sectionner le placenta ou le pousser de côté ; extraire l'enfant par les jambes et, si la tête est prise, étendre l'incision à son extrémité supérieure, afin d'éviter toute lacération de l'utérus dans la direction du col. En même temps un aide comprime les parois abdominales vers l'utérus afin d'éviter l'issue de l'intestin ou l'entrée de liquides dans la cavité péritonéale.

6. Le danger d'hémorrhagie n'est pas aussi grand qu'on le suppose. La torsion et la flexion légères de l'utérus et des ligaments larges l'empêchent en général. Il faut se passer de la ligature élastique, si c'est possible.

7. Les bords de la plaie utérine doivent être réunis par de nombreuses sutures. Il faut éviter que les points de suture passent dans la cavité utérine. Il faut obtenir la réunion exacte des surfaces séreuses. La soie est préférable au fil d'argent. Le catgut préparé dans de l'acide chromique ou du bichlorure donne d'excellents résultats.

Le docteur *W. H. Wathen*, de Louisville, fait une communication sur *la section abdominale pour la délivrance du fœtus*. Il la préfère à la crâniotomie.

Le docteur *Nathan Bozeman*, de New-York, fait une communication sur *le drainage artificiel simultané de la vessie, des reins et de l'utérus par le vagin avec et sans pression graduée*.

Il décrit un instrument par lequel il sépare parfaitement la membrane utérine de la muqueuse et qui accomplit en même temps le drainage. Il termine par les conclusions suivantes :

1. On n'accorde pas assez d'importance au temps final de l'opération de la fistule ; il en constitue la principale difficulté.

2. L'occlusion de l'orifice de l'utérus et l'incision du col dans la vessie et le rectum sont de mauvaises opérations entraînant l'abolition des fonctions génératrices et donnant lieu à de la cystite.

3. Une grande amélioration consiste dans le drainage combiné à la dilatation du vagin ; il remédie aux inconvénients de l'incontinence d'urine et l'aide à la cicatrisation des incisions.

4. Dans les fistules incurables nous pourrons atténuer les souffrances qu'entraîne l'incontinence d'urine par le drainage.

5. La colpo-cystotomie pratiquée dans les cas de cystite n'est plus contre-indiquée, grâce à ce système de drainage.

6. Je crois que l'opération que j'ai nommée colpo-uréthrocystotomie, suivie de l'examen des urctères et du bassinet, et de leur traitement, lorsqu'ils sont malades, a pour elle un brillant avenir. Elle pourra se pratiquer dans les pyélites, les calculs des reins et l'obstruction des urétères.

Le docteur *Horatio R. Bigelow*, de Washington, lit un mémoire intitulé : *Gynécologie conservatrice*. Il remarque que les opérations sont souvent pratiquées sans nécessité et que l'on peut maintes fois guérir les tumeurs de l'utérus et les maladies inflammatoires des trompes et des ovaires sans l'aide du bistouri. Il condamne l'oophorectomie pratiquée pour l'hystérie. Il termine en disant que la chirurgie abdominale doit être pratiquée seulement par des hommes compétents.

Le docteur *W. W. Potter*, de Buffalo, fait une communication sur *l'emploi du tampon vaginal dans l'inflammation pelvienne*.

Il est d'avis que beaucoup des maladies des annexes de l'utérus, traitées méthodiquement à leur début, pourraient guérir sans opération et que, pour obtenir ce résultat le tamponnement régulier, prolongé et systématique du vagin constitue l'agent le plus sûr ; mais il faut que le tamponnement soit fait avec soin et, dans les cas de déplacement des organes du bassin, il doit se pratiquer dans la position génu-pectorale.

Dans les déplacements en arrière de l'utérus, le doigt seul doit servir à replacer l'organe. L'on introduira ensuite le tampon. Le même traitement s'applique au prolapsus et aux inflammations des ovaires. Le tamponnement constitue, dans les érosions et les ulcérations du col, dans l'hypertrophie de la matrice, dans la cystocèle, dans la rectocèle, etc., un mode de traitement soit préparatoire, soit curatif. Il en est de même dans les inflammations

pelviennes, qu'elles soient d'origine péritonéale, cellulaire ou tubaire.

Le docteur *J. E. Burten*, de Liverpool, lit un essai intitulé : *A quelle époque de la grossesse tubaire devons-nous opérer ?*

L'opération n'est pas un succès au point de vue thérapeutique ; même les cas favorables ne guérissent qu'au bout de douze mois. Elle est indiquée dans les conditions suivantes :

1. Fibro-myome à croissance rapide, compliquée d'hémorrhagies. 2. Pyo-salpynx avec péritonite. 3. Ovarite chronique avec douleur localisée. 4. Paramétrite. 5. Dégénérescence kystique des ovaires avec douleur. 6. Dans les névroses d'origine distinctement ovarienne qui ont résisté des années à tout traitement.

L'opération ne doit jamais se faire dans l'hématocèle des trompes, dans l'hémato-salpingite et dans la gestation ectopique.

La laparotomie et le drainage peuvent être indiqués, mais l'ablation des organes jamais.

Le docteur *Thomas More-Madden*, de Dublin, lit un mémoire intitulé : *Des causes et du traitement de la stérilité.*

Il y a peu de problèmes gynécologiques qui nous soient présentés aussi souvent et qui soient d'une importance pratique plus grande.

Les cas que l'auteur a réunis peuvent se diviser comme suit :

1. *Ceux dans lesquels la stérilité est causée par* l'impuissance sexuelle ou par une obstruction mécanique siégeant sur le trajet de la vulve aux ovaires.

2. Les cas de stérilité vraie, incapacité de concevoir à cause d'affections congéniales ou acquises de l'utérus ou de ses annexes.

3. Cas de stérilité dus à des causes constitutionnelles.

4. Cas dans lesquels la cause paraît être d'un ordre moral.

Le rétrécissement du canal cervical est la cause la plus fréquente de la stérilité ; une opération peut seule la guérir. L'auteur recommande d'opérer avec beaucoup de soins, toute simple que puisse paraître l'intervention, afin d'obtenir une dilatation suffisante et permanente.

« Je me sers, dit-il, d'une forme spéciale de conducteur, qui peut s'introduire dans n'importe quel canal ; je fais passer, grâce à lui, un bistouri jusqu'au delà de l'orifice interne, et j'ai recours à un dilateur utérin très puissant. »

L'auteur passe ensuite aux flexions de la matrice et au rôle qu'elles jouent dans l'étiologie de la stérilité, à l'endométrite chronique et aux affections des trompes. Il ne conseille pas leur ablation, car leur ponction ou leur cathétérisation est souvent suffisante.

Le docteur *S. C. Gordon*, de Portland, ne croit pas qu'il y ait de canal assez étroit pour empêcher le passage des spermatozoïdes.

Le docteur *Graly Hewitt* croit que le redressement de l'utérus fait plus de bien que sa dilatation.

Le docteur *Reeves Jackson*, de Chicago, fait une communication sur *le traitement moderne du cancer utérin.*

Il est basé sur la théorie de l'origine locale du cancer de la matrice : son ablation complète seule peut en amener la cure radicale.

Conclusions :

1. Toute opération qui n'enlève pas entièrement les tissus altérés, sera suivi de récidive.

2. Il est impossible de fixer une limitation à l'extension du processus morbifique ; aussi n'y a-t-il d'intervention opératoire qui garantisse son ablation complète.

3. C'est pourquoi une opération dangereuse ne doit pas être pratiquée si l'on peut avoir recours à un traitement plus bénin.

4. D'autres méthodes de traitement, six fois moins mortelles que ne l'est l'hystérectomie vaginale, donnent des résultats tout aussi satisfaisants quant à l'amélioration des accidents et quant à la probabilité de récidive.

5. L'hystérectomie vaginale ne diminue point la souffrance. Au lieu de prolonger la vie de la patiente, elle la met en danger.

Le professeur *Graily Hewitt*, de Londres, lit un mémoire intitulé : *Des rapports qui existent entre les modifications de la structure de l'utérus et les changements qui se produisent dans sa forme.*

Dans l'appréciation exacte du véritable rapport qui existe entre les altérations de la substance de l'utérus et ses changements de forme, il est évident que la période initiale de ces modifications présente un intérêt tout spécial.

L'on se sert, en général, du terme métrite chronique pour indiquer les altérations de la substance utérine. Il existe une modification structurale de la matrice, qui apparaît quelquefois vers l'âge de la puberté, surtout chez des jeunes femmes qui ont une alimentation insuffisante ; les tissus utérins sont mous, la patiente souffre. Cette mollesse n'est pas d'origine inflammatoire ; l'organe est très flexible et il existe, en général, une flexion marquée.

L'auteur a décrit cet état il y a dix ans, et l'a observé souvent depuis lors ; le docteur Charles D. Scudder en parle sous le nom de « mollities uterina ».

Cette altération structurale de l'utérus doit être considérée comme un agent de grande importance, dans l'origine et dans l'augmentation des flexions de l'organe.

L'utérus étant flexible à l'état anormal, tout effort tendra à augmenter facilement la flexion ; à plus forte raison cela arrivera-t-il dans le cas où une force mécanique agira subitement et violemment sur l'organe. Le processus de fixation de la matrice peut donc être lent ou rapide.

La flexion est permanente une fois que le tissu utérin aura repris sa consistance ferme.

La flexion résulte quelquefois d'une malformation congénitale, ou d'un arrêt de développement à l'époque de la puberté, sans altération des tissus.

Chez les multipares, il existe une condition analogue, connue sous le nom d'involution utérine défectueuse, dans laquelle la substance de l'organe est molle ; la flexion en résulte souvent.

L'auteur prétend que les troubles circulatoires qui accompagnent la congestion utérine proviennent d'un courant artériel faible et de la compression des tissus de l'organe, causée par la flexion qui coexiste.

L'utérus se fléchit d'une manière permanente dès que se déclare le processus de durcissement, désigné par Jacobi sous le nom de métrite chronique.

Il considère que l'endométrite est causée par une hypertrophie congestive de la muqueuse utérine, et par la rétention de sécrétions irritantes ; sauf dans le cas de gonorrhée ou de syphilis, l'endométrite serait donc secondaire.

Le docteur *W. H. Wathen*, de Louisville, fait

une communication sur *la dilatation rapide du col de l'utérus.*

L'auteur a eu l'occasion de remarquer les mauvais résultats que donne la dilatation du canal cervical par les tentes et les incisions pratiquées pour la cure de la dysménorrhée et de la stérilité. La dilatation rapide par le dilatateur à deux valves, ou mieux encore par un instrument de son invention qui remplace le dilatateur d'Elbinger, modifié par Goodell, donne des résultats beaucoup plus satisfaisants. Il rappelle que l'emploi de tentes peut être suivi d'endométrite, d'hématocèle pelvien, d'inflammation péritonéale ou pelvienne, de septicémie et de tétanos, et qu'il ne produit apparemment pas d'amélioration permanente. Le dilatateur à deux valves est comparativement aseptique ; les dangers immédiats et ultérieurs de l'opération sont pour ainsi dire nuls. Elle guérit presque toujours la dysménorrhée et abolit souvent la cause de la stérilité.

L'incision antérieure, postérieure, ou bilatérale du col, s'étendant jusqu'à la paroi vaginale, ou à travers l'orifice interne, vaut mieux que l'introduction de la tente.

Il dilate le col dans son cabinet de consultation sans l'administration d'anesthésie locale ou générale, et permet à la patiente de rentrer chez elle quelques minutes après. Quand il veut dilater au-delà d'un centimètre, il fait une piqûre de morphine et d'atropine et endort sa malade avec du chloroforme avant d'opérer.

Il recommande la plus grande propreté et l'observation de précautions antiseptiques. Il se sert de dilatateurs de trois grandeurs différentes.

L'opération est contre-indiquée dans le cas d'inflammation pelvienne et d'affection des trompes ou des ovaires ; il faut en outre être certain que la cause des désordres réside dans le canal cervical.

SECTION DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILOGRAPHIE.

Le président, *S. R. Robinson*, dans son discours d'ouverture, exprime les regrets que lui cause l'insuffisance de l'enseignement dermatologique aux Etats-Unis, où il n'existe, à vrai dire, aucune école de maladies de la peau. Le travail original que produisent les Etats-Unis dans cette branche est extrêmement restreint.

Le docteur *William Welch*, de Philadelphie, fait une communication sur *la vaccination pendant la période d'incubation de la variole.*

Pratiquée à cette période de la maladie, la vaccination lui a donné des résultats fort satisfaisants ; la vaccine ne commence à agir que lorsque l'aréole est formée autour des vésicules. Il n'approuve point l'emploi du vaccin animal.

Alimentation rectale dans les Maladies de la peau, par le docteur *J. V. Shoemaker*, de Philadelphie.

Dans les affections de la peau situées autour de la bouche, ou causées par des désordres du tube digestif cette méthode rend d'immenses services. L'administration de médicaments par le rectum est souvent indiquée : préparations mercurielles dans les syphilides, huile de ricin et glycérine dans l'urticaire, arsenic et antimoine dans le psoriasis, etc.

Le docteur *H. Klotz*, de New-York, fait une communication sur *l'ulcère résultant de la gangrène spontanée de la peau, dans la syphilis tardive et sa relation à la syphilis.*

Son apparition est due souvent à une artérite ; il diffère alors absolument de la gomme syphilitique suppurée.

Le docteur *G. H. Rohé*, de Baltimore, fait une communication sur *le développement anormal de poils.*

Il nous intéresse spécialement lorsqu'il siège sur la figure ; nous avons heureusement un remède infaillible : l'électrolyse. Il est intéressant de noter que chez les personnes poilues, le développement des dents n'est souvent pas normal ; elles n'ont en général qu'un nombre restreint de dents. Darwin avait remarqué le même fait chez les chiens anormalement poilus. L'hérédité est un facteur très important dans la production de l'affection.

Le docteur *Unna*, de Hambourg, recommande de faire le plus souvent possible un examen histologique de la peau. Il ne doute pas que ce soit une maladie héréditaire ; mais, au point de vue scientifique, cette explication est insuffisante.

Le docteur *Thin*, de Londres, croit que la maladie est due à un développement physiologique imparfait.

Méthode nouvelle pour le traitement local des maladies de la peau.

Le docteur *Valentin Knaggs*, de Londres, propose de substituer des émulsions aux onguents ; il en a fait usage depuis deux ans, dans les eczémas et dans les autres exudations non spécifiques avec d'excellents résultats. L'inonction avec l'huile a rendu de grands services, mais elle n'adhère pas à la peau ; on peut remédier à cet inconvénient en ajoutant aux substances oléagineuses, des résines, des gommes pour obtenir des émulsions de graisse et d'eau.

Il emploie la formule suivante :

Paraffine molle	30 grammes.
Pulv. gum. acac.	8 grammes.
Acid boric.	1 gramme.
Aquæ	60 grammes.

Faites une émulsion.

On peut y ajouter du bismuth, du zinc, du soufre ou tout autre médicament.

Le docteur *Unna* reconnaît l'utilité de ce traitement, mais conteste sa nouveauté, car il l'emploie depuis longtemps.

Le docteur *H. J. Reynolds*, de Chicago, fait une communication sur *une méthode nouvelle pour le traitement des maladies de la peau, causées par des parasites végétaux.*

Dans le favus, le sycosis et la teigne du cuir chevelu, il est nécessaire que le parasite pénètre jusqu'au fond du follicule pileux. Dans ce but, après avoir fait l'application de ce médicament, il place le pôle positif d'une batterie sur la région malade et le pôle négatif sur une autre partie du corps ; une loi de physique bien connue fait pénétrer la solution médicinale. Dans les trois observations qu'il cite, il a employé une solution (1 pour cent) de bichlorure ; il y trempe directement son électrode positif et l'applique sur la partie malade.

(*A suivre.*)

BULLETIN DES SYNDICATS ET DE L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat médical du Havre.

Mon cher confrère et ami,

Voici quelques nouvelles du syndicat du Havre

pour lesquelles nous réclamons l'hospitalité de vos colonnes.

En 1883, dans le numéro de l'*Union médicale* du 28 août, M. le docteur Roger, du Havre, publiait une lettre que son destinataire déclarait, et avec raison, « aussi honorable pour son auteur que pour « ses estimés confrères du Havre, puisqu'elle témoi- « gne de leur dévouement et de leur solidarité pour « combattre les prétentions exorbitantes des admi- « nistrations à leur égard. »

Voici cette lettre :

15 août 1883.

« Très honoré confrère,

« Je prends connaissance d'un article dans le nu- « méro du mardi 14 août « Médecins et Compagnies « d'assurances contre les accidents. »

« L'*Union Médicale* reste un peu sceptique vis-à- « vis des Syndicats médicaux: je crois qu'elle a tort; « voici un fait très instructif.

« Nous avons au Havre un Syndicat médical très « solidement constitué. »

Ici le Dr Roger raconte en détail une majoration d'émoluments à son bénéfice pour services à une compagnie d'assurances, majoration due, sans conteste, à l'action du Syndicat.

En effet, continue-t-il, « je suis convaincu que « sans le Syndicat je n'eusse rien obtenu ; car j'ai « dit à l'Inspecteur dans quelle situation déontolo- « gique nous étions au Havre, et il lui a bien fallu « s'exécuter.

« Une administration importante de notre ville a « dû élever de 600 fr. à 1,000 fr. les honoraires d'un « confrère, parce que, malgré des demandes, elle a « trouvé partout porte close, et nous l'avons forcée « à redemander le médecin qui s'était retiré pour « traitement insuffisant.

« Elle en avait pris un autre qui, sur la demande du « président du Syndicat, avait remis sa démission.

« Il n'est pas bon à l'homme de vivre seul : l'in- « dividualisme est notre pire ennemi. Ce que notre « société moderne souffre de cela est effrayant. « Sans association, pas de forces sociales vivantes « et prospères, plus de vraie fraternité, c'est la con- « currence effrénée, la lutte pour la vie : c'est le « désordre ; constituez de fortes associations, et « vous verrez s'élever l'esprit de confraternité, par- « ce que, là, il y a une puissance dont les effets « sont indiscutables.

« Nous possédons dans les Syndicats cette puis- « sance ; mais il faut, pour qu'elle donne tous ses « fruits, une grande loyauté professionnelle.

« Agréez, etc.

« Dr J. Roger. »

En 1887, au cours de négociations destinées à soumettre au tarif commun à toutes les Sociétés de secours mutuels et acceptées par elles sans contestation, une Société à laquelle le Dr Roger donnait ses services conjointement avec quatre autres confrères faisant également partie du Syndicat, il y a eu un détail de procédure destiné à obliger cette Société à traiter non pas avec chaque médecin individuellement, mais avec le Syndicat qui avait leurs pouvoirs et les représentait. La société en question ne voulait pas reconnaître l'existence du Syndicat qui pour elle (et pour elle seule) ne comptait pour rien. C'est pourquoi il fut voté, en séance générale, que, si dans un délai de cinq semaines environ le conseil d'administration de cette société ne s'était pas abouché avec la chambre syndicale des médecins, les confrères attachés au service de la Société démissionneraient. Cette mesure fut votée à l'*unanimité*, le docteur Roger étant présent, et *votant oui* comme nous tous.

Mais le lendemain il refusait de sanctionner son vote par l'apposition de sa signature à côté de celle de ses confrères et quelques jours après nous adressait sa démission qui ne fut pas acceptée et à laquelle on répondit à l'unanimité par l'exclusion.

Cependant deux confrères furent chargés de faire tous leurs efforts pour ramener le Dr Roger à une plus exacte appréciation des choses. Ils y réussirent et, comme les négociations avec la Société de secours mutuels aboutissaient également d'une façon conforme aux intérêts de tous, le Dr Roger retira sa démission.

....

Et quelques jours plus tard, le Dr. Roger, « pour « couper court à toutes remarques ou critiques « ou démarches en leurs lieux ou non » nous confirmait sans réserves sa démission.

Et dans sa séance du 9 août 1887, le Syndicat médical du Havre a déclaré à l'unanimité, 1° refuser de nouveau la démission de M. le Dr Roger, — 2° maintenir la radiation de M. le Dr Roger de la liste des membres du Syndicat, avec toutes les conséquences que comporte cette radiation au point de vue professionnel.

Donc le Dr Roger ne fait plus partie du syndicat des médecins du Havre.

Mais faute d'un moine, l'abbaye ne chôme pas : une défection n'empêche pas de nouvelles adhésions. Nous en avons la preuve tous les jours.

Votre bien dévoué,

Margueritte.

2 octobre 1887.

ADHÉSION A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Larrieu, à Ablis, présenté par le docteur Barbelet, de Dourdan (Seine-et-Oise).

BIBLIOGRAPHIE

Formulaire pratique de thérapeutique et de pharmacologie, par *Dujardin-Beaumetz* et *P. Yvon*. O. Doüin, 8, place de l'Odéon.

M. Dujardin-Beaumetz continue la série de ses publications sur la thérapeutique par un formulaire que ses élèves réclamaient de lui depuis longtemps. Il s'est adjoint pour la partie pharmaceutique M. Yvon, dont le savoir et l'honorabilité ne laissaient rien à désirer. Toutes ces matières sont disposées *par ordre alphabétique*, avec une disposition typographique analogue à celle des dictionnaires, ce qui permet de feuilleter rapidement. Après le *Formulaire* proprement dit, se trouve un chapitre consacré aux *injections hypodermiques* qui rendra de grands services, puisque ce mode d'administration tend à se généraliser. Puis vient un résumé d'*hygiène thérapeutique* (kinésithérapie, climatothérapie, hydrothérapie et hygiène alimentaire) ; ensuite on trouve un résumé d'*électricité médicale* fait par M. le Dr Bardet si compétent, et de *massage*, par M. le Dr Léon-Petit. La troisième partie est consacrée aux *Eaux minérales*, exposées par ordre de maladies. En définitif on voit que M. Dujardin-Beaumetz n'a rien négligé pour rendre ce nouveau formulaire aussi complet et aussi commode qu'il a pu.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André, 3

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE

DE LA

SOCIÉTÉ DU CONCOURS MÉDICAL

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS.

Chers confrères,

La *Société du Concours médical* est en relations constantes avec ses adhérents par le journal et l'*Union des Syndicats*, avec tous les Associés, par le *Bulletin des Syndicats*. L'échange de vues et de bons offices est, par conséquent, incessant.

Mais il faut qu'une fois au moins par année un contact plus intime puisse s'établir parmi nous. Tel est le but de nos Assemblées générales et du Banquet qui les suit. Votre présence consacre ainsi les actes accomplis, et les discussions et les propositions faites en Assemblée ont plus de chances d'aboutir.

Nous avons, cette année, comme les précédentes, des questions très intéressantes à vous soumettre.

Le *Conseil de Direction* du Concours et le *Bureau de l'Union* attachent le plus grand prix à votre présence à nos réunions. Ils vous prient de prendre, dès ce moment, vos dispositions pour venir faire connaissance ou pour la renouveler avec des confrères qui, l'année toute entière, se sont préoccupés de vos intérêts. Venir, c'est nous encourager à servir la profession encore mieux que nous n'avons pu le faire jusqu'ici : vos conseils seront écoutés, vos vœux seront mis à exécution.

L'*Assemblée* aura lieu à deux heures précises, le *Dimanche* 13 novembre, à *l'hôtel du Lion-d'Or, rue du Helder*, et le *Banquet* à 6 heures.

Nous espérons tous que l'Assemblée sera nombreuse et qu'elle accomplira sa tâche annuelle à votre entière satisfaction. Venez y prendre part et, si vous êtes empêché, veuillez nous transmettre de suite le texte des propositions que vous voudriez soumettre à l'Assemblée.

Le Directeur,
A. CÉZILLY.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU CONCOURS MÉDICAL

le 13 novembre 1887.

Ordre du jour.

I. Rapport du Directeur. Exposition de la situation de la Société;
II. Exposition de la situation financière ;
III. Exposé des travaux de l'année ;
IV. Assurances contre la maladie ;
V. Caisse des pensions de retraite ;
VI. Comité de protection des pupilles du corps médical;
VII. Affectations diverses et budget;
VIII. Discussion des propositions des membres du *Concours médical*.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE
DE L'UNION DES SYNDICATS
le 13 novembre 1887.

Ordre du jour.

I. Allocution du Président;
II. Situation financière et budget;
III. 1° *Projet de création de l'ordre des médecins ;*
2° *Exercice de la médecine civile par les médecins militaires ;*
3° *Les médecins des hôpitaux et les commissions administratives ;*
4° *Assistance médicale. — Médecine des indigents ;*
IV. Propositions diverses.

L'Union médicale des Sociétés de secours mutuels.

La *Chambre consultative* des sociétés de secours mutuels de la *Seine*, présidée par M. Georges *Bonjean*, a élaboré et adopté, à *l'unanimité* de 300 sociétés qui s'étaient fait représenter en mai, les *termes d'un rapport* qui conclut à la création d'une *Union médicale* des sociétés de prévoyance et de secours mutuels de la Seine.

Cette *Union* a pour but de leur assurer le *service médical en commun*. La cotisation annuelle est fixée à 10 centimes par membre participant des sociétés adhérentes.

Le *conseil d'administration*, seul intermédiaire entre les *sociétés* adhérentes et les *médecins*, fixe c nombre de ceux-ci et les nomme. Les médecins sont répartis par circonscriptions.

Ils sont payés à l'abonnement, fixé au taux annuel uniforme de 2 fr. par sociétaire (homme ou femme) et de 1 fr. par enfant âgé de moins de seize ans (*maximum à fixer pour les familles nombreuses*.)

Tous les ans les sociétés fourniront au *Conseil*, un état indiquant, pour chacun de leurs membres, quel est le médecin de leur circonscription dont il désire recevoir les soins et le *Conseil* transmettra, à chacun des médecins, l'état nominatif des sociétaires auxquels il sera appelé à donner ses soins, dans l'année. Cet état servira de base au règlement trimestriel des honoraires.

Suit un projet de : *règlement médical*, dans lequel nous notons qu'il ne sera pas fait de compensation sur 'abonnement annuel, en raison des variations d'effectif. Les membres seront munis d'une carte personnelle qui devra être présentée à l'occasion des visites ou des consultations. A la première visite les médecins constateront, sur un certificat imprimé, *la nature de la maladie* (et le secret médical, et les affections spécifiques ?) et sa durée probable. Le certificat sera transmis par le malade à sa société. La feuille de maladie sera signée et datée par le médecin, pour première et dernière visite.

Les médecins auront la charge de visiter les postulants pour établir les *certificats* nécessaires à leur admission, sur une formule approuvée par le Conseil.

Le médecin malade se fera remplacer à ses frais, (lui ne fait pas partie de la Société !). Il devra donner sa démission trois mois à l'avance. En cas de négligence constatée, qui aurait occasionné des frais à la société, il pourra être fait, au médecin, une retenue égale au montant de ces frais.

Tel est dans ses traits essentiels, le projet d'*Union médicale*.

Elle réussira sûrement, cette *Union médicale* de 200 mille clients ; ils se sont ligués contre les médecins de la Seine. Dans ce département ceux-ci sont bien deux mille et ce n'est pas eux qui constitueront de sitôt leur *Union médicale*.

On divise la Seine en 80 sections. Il se trouvera, dans Paris, 80 *médecins de mérite* (telle est la formule du Rapport de la chambre consultative des sociétés) *qui s'attacheront à ces sociétés et qui ne les considéreront plus comme un pis-aller qu'ils abandonnent, lorsqu'ils ont une clientèle suffisante*.

Ainsi, Union médicale, votre calcul est simple ! « Nous avons cinq à six cents médecins pour nos *trois cents sociétés*. A chacun nous payions une modeste somme ; mais chacun avait une besogne qui ne lui prenait pas tout son temps. Nous allons supprimer les trois quarts de nos salariés ; à 80 ils feront toute la besogne. Leurs honoraires variaient, par sociétaire, de 2.50 à 3.50 (rapport ministériel de 1880). Ils ne nous coûteront plus que quarante sous ! »

Puissance du calcul, voilà bien de tes coups ! Et les économies iront à nos retraites ; car, nous, sociétés de secours mutuels avec nos cotisations, nous faisons bien des choses ! Les soins du *médecin*, les remèdes du *pharmacien*, les frais *funéraires*, *l'indemnité journalière* tant que durera la maladie, *la retraite*, les *secours* aux orphelins et aux vieillards, etc.

Et votre calcul, Union médicale, oh, il est infaillible ! à qui prendre l'argent qui vous est nécessaire. Ce n'est certes pas aux membres honoraires. Ils sont trop peu nombreux. Mais la cheville ouvrière de votre fondation, le *médecin*, est là qui va vous l'apporter, l'argent indispensable !

Vous avez circonscrit, en quatre-vingts parties, la vaste clientèle que vous pouvez offrir. Des preneurs, à foison vous en aurez, Union médicale. Faites donc votre choix. Donnez à chaque médecin ses mille sociétaires et vous lui compterez, chaque an, deux mille francs. Vous savez bien, de par la statistique, qu'il faut tabler par tête de mutualiste sur cinq journées de maladie. Donc cinq visites et autant de consultations au cabinet et par conséquent, en une année, *dix mille interventions* de *médecin, chirurgien, accoucheur*.

Mettons-les, au bas mot, à deux francs ; cela fait une somme : vingt mille francs ! Et vous offrez *deux mille* ! car vous avez des preneurs à plaisir !

Bénéfice net, 18.000 fr., qui, mutipliés par quatre-vingts, représentent un million quatre cent quarante mille. Et n'allez pas dire que le calcul est erroné ! Nos quatre-vingts confrères, c'est avec leurs jambes pour monter, leur cerveau pour méditer et par sur-

croît, parfois, avec leur cœur pour s'apitoyer, qu'ils vous donneront cette somme. Et voilà pourquoi vos caisses rendent avec usure l'argent qu'on a versé.

Car ceci c'est de l'usure, de l'usure inconsciente, d'autant plus redoutable et pour le bon motif !

Ne vous arrêtez pas, *Union médicale*, en aussi beau chemin. Vous devez, dans cinq ans, reviser vos tarifs. Deux mille francs pour 10 mille interventions, cela fait vingt centimes. Mettons la chose à dix, soit mille francs par an. Vous aurez cent demandes.

Et nous vous excusons, *chambre consultative*. Vous vous consultez, mais non le médecin ! Vous faites un contrat, et c'est avec vous-mêmes. Car cette autre partie, où la trouveriez-vous. Elle n'est pas fondée, l'Union médicale, celle des médecins ! Vous ne songez qu'à l'honneur que vous voulez bien faire aux quatre-vingts élus. Vous êtes excusables, car vous n'avez en vue que les éléments de clientèle future que vous leur offrirez. Jeunes docteurs, vous vous morfondez dans l'attente morne de votre cabinet ! Vos loisirs sont passés : du jour au lendemain vous aurez du travail. Cinq mille visites, pas au premier étage; oh non ! autant de consultations à votre domicile ; plus une minute pour l'étude et la méditation ; adieu les joies de la famille et les distractions ; à la tâche ! vingt-cinq fois par jour, vous aurez à servir la Mutuelle, et dame, puisque vous êtes payés, il vous faudra marcher !

L'Union médicale va se faire, nous dit-on. Eh bien, Monsieur le président G. Bonjean, vous allez vous associer à une œuvre malsaine. Vous êtes philanthrope; ce beau titre, pour l'acquérir, vous avez payé de votre personne, de votre temps, de votre argent. Il est bien acquis ; personne ne vous le conteste.

Nous aimons, comme vous, les Sociétés de secours mutuels. Mais pourquoi n'avoir pas pensé à convier, à votre comité consultatif, quelques médecins, surtout ceux qui seront à la peine et sur qui vous comptez ?

Et si vous les convoquez, avant de tout conclure, peut-être auront-ils, en étalant leurs plaies, assez d'éloquence pour tout remettre au point. Ils vous diront : qu'il ne faut pas abuser du jeune médecin plein de l'ardeur du bien et pressé par la nécessité ; qu'il ne convient pas de prendre, dans la poche de quelques malheureux, en habit noir, l'argent que vous voudriez économiser, à bonne intention, pour les louables Sociétés que vous dirigez. Ils vous feront observer que vos sociétaires finiront par n'en avoir que pour leurs vingt centimes ; que mieux vaut une visite, à tête reposée, par un homme *honoré* que dix interventions d'un malheureux surmené.

Car, enfin, votre médecin, à deux mille francs et à dix mille dérangements, il faudra bien qu'il vive. Où prendra-t-il le temps des visites payées ?

C'est tendre trop la corde ; elle cassera et vos Sociétés s'écrouleront ; car, vous le savez bien, elles ne vivent que par les sacrifices de leurs médecins. Elles ont estimé que les soins, à cinquante centimes, étaient bien trop payés ; on leur en donnera à quatre sous, et sûrement il vaudrait mieux les leur donner *pour l'honneur seulement* ! Nous indiquons peut-être, Monsieur le président, la solution future : *Les deux mille médecins de la Seine, depuis les professeurs jusqu'aux plus humbles praticiens, se partageant équitablement le fardeau, pour l'honneur !*

Si cette solution jamais intervenait, votre *Union médicale* n'aurait plus qu'un souci : rechercher si, comme on le prétend, les boutonnières des médecins des Sociétés sont vierges trop souvent....., et dans ce cas, Monsieur le président, vous pourriez faire encore une œuvre utile ; ce serait d'employer votre légitime et si haute influence à changer tout cela. Alors les familles de vos médecins, lorsqu'ils meurent avant l'âge, si elles éprouvaient quelque difficulté à procurer au défunt d'honnêtes funérailles, auraient au moins la consolation de trouver une croix pour décorer l'humble cercueil du mort, la croix qu'il aurait portée durant sa pénible existence.

Nous en appelons, Monsieur le président, à votre équité. Plus d'un million de charité prélevé sur quatre-vingts médecins, c'est trop, c'est beaucoup trop !

A. Cézilly.

LA SEMAINE MÉDICALE

Incident du Concours de l'Internat. — Il faut que la porte soit fermée. — Morale. — Une amélioration pour l'avenir. — Conclusions.

Que de services la presse médicale pourrait rendre au médecin (à partir du jour où il prend sa première inscription), si, non contente de publier des travaux plus ou moins scientifiques, elle s'occupait un peu plus, à l'instar du *Concours médical*, des intérêts moraux et matériels de notre profession ! Que d'abus elle ferait cesser ! Que d'améliorations elle provoquerait !

Je n'en veux pour preuve que l'incident récent du Concours de l'internat dont la presse politique s'est emparée et a fait grand bruit ; le concours devait avoir lieu le 14 octobre ; le jury était à peine entré dans la salle qu'un... tumulte formidable l'accueille : cris, sifflets naturels et instrumentaux, interpellations, etc., empêchent le Président de se faire entendre. Un membre du jury, nerveux et un peu... pressé, prend son chapeau, se lève et entraîne ses collègues ; le bruit continue ; les candidats attendent une heure... puis se retirent. Naturellement l'administration ne juge même pas utile de les prévenir de la retraite du jury ! On nous a même raconté (sous réserves), que certain fonctionnaire trouvait la chose assez drôle pour en rire à son aise ; il aurait mieux fait.....

Mais pourquoi tout ce bruit ? On ne sait trop. L'occasion, l'herbe tendre....., l'habitude prise depuis plusieurs années de faire un peu de *boucan* lors de cette réunion. La manifestation avait cependant cette année une cause spéciale ; elle ne s'adressait certainement pas aux membres du jury,

composé de chefs de service jeunes et généralement aimés des étudiants ; elle visait l'administration qui, sur un ordre ministériel, avait, malgré les règlements, inscrit sur la liste des concurrents deux ou trois candidats et même... une candidate, ayant dépassé (je ne pouvais le croire !) la limite d'âge ; nos lecteurs ont été mis au courant de la question dans le nº du 1er octobre. Malgré les raisons qui plaidaient, *pour cette année* seulement, en faveur du maintien des dispenses, il était certainement très irrégulier, contraire à tous les usages, d'inscrire deux ou trois candidats après la date fixée pour la clôture des inscriptions. Tel fut cependant du Ministère le bon vouloir qui explique, sans les excuser, les tergiversations de l'administration.

Quant aux auteurs du tapage, ce n'étaient certes pas les malheureux candidats trop empoignés ce jour-là par la fièvre du concours, pour songer à faire des protestations ; mais d'autres étudiants (?) venus là simplement pour s'amuser et faire du bruit. Voilà nombre d'années que cet envahissement de la salle du concours est très préjudiciable aux candidats ; le remède était bien simple : il suffisait d'exiger à l'entrée de la salle la carte d'externe et de vérifier l'inscription du candidat. C'est ce qui a eu lieu pour la séance du lundi 17 octobre à la suite d'un avis communiqué par M. Peyron à divers journaux ; ce jour-là, le jury est à peine entré en séance qu'il a été applaudi, et, quelques instants après, les candidats, sans avoir été bousculés, étouffés, etc., pouvaient rédiger tranquillement l'épreuve écrite, la plus importante du concours.

Jadis il fallait bien trois quarts d'heure avant que le calme se fût un peu rétabli ; le jury montrait alors une patience évangélique ; les candidats anciens ne se mettaient à l'œuvre que lorsque l'orage était calmé ! Mais où sont les jurys d'antan ?

On est étonné vraiment de l'insouciance de l'administration qui, depuis nombre d'années, connaissait le tapage, et ne savait prendre la mesure si simple adoptée à la fin. Qu'a-t-il fallu pour arriver à ce résultat ? L'intervention de la presse politique qui s'est livrée à des considérations plus que fantaisistes sur l'internat, les internes, etc., mais qui a eu cependant le talent d'émouvoir l'Administration. Dites-moi, n'est-ce pas là le rôle de la presse médicale de signaler les abus, petits ou grands, dont nous pâtissons, étudiants, praticiens, etc. ? L'Administration, en cette circonstance, n'avait pas même eu la circonspection du directeur d'un grand bal public de la rive gauche (vous l'avez tous plus ou moins connu) qui, en raison du tumulte qui avait lieu chaque année dans son établissement le jour de l'internat, a jugé inutile depuis deux ans, de rouvrir ses portes à cette occasion.... !

Morale de cet incident (elle n'est pas neuve) : « à quelque chose malheur est bon. » A l'avenir, les candidats à l'internat ne seront plus troublés au début du concours ; car nous pensons bien que la mesure prise cette fois et consistant à n'admettre que les intéressés dans la salle du concours, aura force de loi les années suivantes, à moins que les bureaux ne trouvent toujours la chose drôle.

D'autre part il faudrait que cette question de la limite d'âge fût jugée dès maintenant pour l'année prochaine : la chose est facile. Le règlement existe : mille et une raisons militent en faveur du maintien de l'article qui ne permet plus de concourir après 28 ans. M. le Ministre a été entraîné dans cette affaire par un sentiment de galanterie peu justifié : une femme qui se présente à l'internat a un âge tout comme ses collègues masculins. Qu'on cesse à l'avenir toute mesure de faveur, dont profitent surtout les étrangers : mais, en grâce, qu'on règle la chose dès maintenant.

Il est une autre réforme, banale en apparence, importante dans la réalité, que nous signalons à l'administration et qui lui vaudrait une certaine reconnaissance des candidats de l'avenir ; c'est d'améliorer les conditions matérielles, plus que primitives, dans lesquelles se fait le concours ; les malheureux candidats sont obligés d'écrire sur leurs genoux. Il leur faut un *entraînement* spécial pour cet exercice de gymnastique irrationnelle et pour arriver à traiter en deux heures une question importante d'anatomie et de pathologie : c'est une véritable torture physique (je n'exagère pas), qu'on n'impose dans aucun autre concours. Aussi ne saurai-je trop engager les candidats à réclamer pour l'année prochaine cette amélioration. Qu'ils s'adressent à la presse médicale, elle saura faire valoir leurs justes réclamations avec plus d'autorité et d'à propos que la presse politique, toujours un peu friande de scandale et de bruit. Ainsi donc nous demandons : 1º que la limite d'age soit sévèrement maintenue ; 2º que les candidats ne soient plus obligés d'attraper le lumbago en écrivant sur leurs genoux. Puisque les femmes sont admises à concourir (à raison ou... à tort), cette réforme matérielle est encore réclamée par la galanterie.

G. LEGROS.

REVUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES

Diagnostic et traitement des tumeurs de la vessie.

Les symptômes fournis par la présence d'un néoplasme dans le réservoir vésical étaient, il y a peu de temps encore, considérés comme assez vagues et laissaient souvent le diagnostic un peu hésitant. Mieux connus, ils permettent de reconnaître aujourd'hui presqu'à coup sûr l'existence d'une tumeur ; leur étude a surtout acquis une importance plus grande depuis que la thérapeutique n'est plus réduite à combattre tel ou tel symptôme, mais qu'on attaque le mal dans son siège même et qu'on fait une opération quelquefois radicale, tout au moins palliative et procurant une survie plus ou moins longue.

La douleur provoquée par un néoplasme vésical constitue un symptôme d'une médiocre valeur ; d'abord, elle apparait assez tardivement, alors que le diagnostic doit déjà être établi d'après les autres

symptômes. Sans avoir de caractère pathognomonique, elle offre ceci de particulier qu'elle est presque constante, que les efforts de miction ne l'exaspèrent pas, à moins qu'il n'y ait une cystite concomitante. Celle-ci, rare il est vrai, acquiert dans certaines circonstances, une intensité extrême et crée des indications opératoires spéciales. Nous verrons que la violence de la douleur est à peu près indépendante de la nature de la tumeur, malgré l'assertion de Thompson, qui voit là un indice de la nature cancéreuse du néoplasme. Parmi tous les symptômes, il en est un qui domine la scène, c'est l'hématurie. M. le professeur Guyon a surtout attiré l'attention sur son importance : toutes les fois, a-t-il dit, qu'un pissement de sang survient sans cause appréciable, il est par cela même suspect ; il confère une quasi-certitude, s'il persiste, magré le repos absolu, s'il se prolonge, disparaît et se renouvelle sans que l'observation explique sa disparition et son retour ; enfin, il prend un caractère pathognomonique lorsque sa durée s'accroît et que ses réapparitions se multiplient. Voilà, résumés en quelques mots, les caractères principaux de l'hématurie d'origine néoplasique. Elle offre une spontanéité absolue : les violences, les chocs, les voyages en voiture sont sans influence sur elle ; le repos au lit ne la fait pas cesser, il tendrait plutôt à les provoquer ou à l'augmenter en favorisant la congestion de l'appareil urinaire. Enfin cette hématurie a toujours une durée plus ou moins longue; quelques gouttes de sang, survenant à la fin de la miction ou après une fatigue, devraient faire soupçonner des affections toutes différentes.

Mais si une hémorrhagie, présentant de tels caractères indique qu'il s'agit d'un néoplasme de l'appareil urinaire, elle ne permet pas de préciser le siège de la tumeur ; avec les signes décrits ci-dessus on ne pourrait décider si la tumeur occupe le rein ou la vessie. Il faut pour cela procéder à l'examen physique de la vessie au moyen du toucher rectal et du cathétérisme.

De ces deux moyens, le premier est beaucoup plus précieux que le second et donne les renseignements les plus importants sur l'état anatomique de la paroi et le volume de la tumeur. Le doigt introduit dans le rectum, porté au delà de la prostate, doit d'abord apprécier l'intégrité de la muqueuse intestinale. On a la sensation d'une série de bosselures de divers volume, plus ou moins résistantes, ou bien on constate une sorte d'empâtement siégeant sur les parties latérales ou médiane. Cette sensation est parfois assez vague ; elle échappe souvent, et exige pour être perçue, une certaine habitude de ces explorations. Quoi qu'il en soit, ce renseignement, même négatif, a sa valeur, car il permet d'affirmer que le néoplasme ne dépasse pas les limites de la vessie. Chez la femme les mêmes manœuvres doivent se faire par le vagin.

Le palper hypogastrique donne aussi des indications, mais seulement relatives au volume de la tumeur et lorsqu'il est combiné avec le toucher rectal. Quand la tumeur a acquis une certaine dimension, on peut en déprimant la région sus-pubienne, constater, après évacuation de l'urine, que la vessie est occupée, qu'il existe ordinairement sur un des côtés une masse plus ou moins considérable. Dans des cas peu communs, la tumeur est assez volumineuse et assez résistante pour que le doigt rectal et la main hypogastrique puissent correspondre par l'intermédiaire du néoplasme.

Le cathétérisme sera utilisé de la manière suivante. On commencera par étudier le mode d'*évacuation* de la vessie ; si la plus grande partie de l'urine s'écoule claire ou à peine teintée, tandis que les dernières gouttes sortent très rouges ou même composées de sang pur, on verra là un signe certain que la cause de l'hématurie siège dans la vessie, surtout si ce phénomène se reproduit et s'accentue à la suite d'une injection intra-vésicale. Par contre, il ne faut pas demander au cathétérisme *explorateur* des renseignements très précis. Une sonde métallique ne permet que rarement de trouver les limites d'une production intra-vésicale; on est exposé à confondre les ressauts qu'on éprouve dans quelques circonstances, avec ceux que donnent les colonnes de la vessie. Parfois l'instrument promené sur la muqueuse vésicale permet de ressentir un frôlement doux. Il semble alors, suivant l'expression du professeur Guyon, que l'instrument passe sur une barbe soyeuse.

Enfin il est un signe sur lequel nous avons appelé l'attention et qui nous a donné une certitude dans plusieurs circonstances : c'est la combinaison du cathétérisme et du toucher rectal. Le bec de la sonde paraît dans une partie de la vessie n'être éloigné que par une mince épaisseur du doigt qui le perçoit facilement ; au point d'implantation de la tumeur, au contraire, il en est séparé par une masse qui ne permet plus de le sentir exactement. Mais le plus souvent, ce ne sont donc que des présomptions que l'on peut tirer du cathétérisme explorateur. Ces renseignements viennent seulement confirmer ceux que les autres modes d'exploration ont déjà fournis. Ajoutons enfin que si ces manœuvres intra-vésicales, prudemment et méthodiquement faites, ont amené une recrudescence de l'hématurie, c'est une preuve de plus que le néoplasme siège dans la vessie.

S'il s'agit d'une tumeur rénale, à quels signes peut-on la reconnaître ? L'exploration des reins permet tout d'abord de constater l'augmentation de leur volume. Le professeur Guyon a bien montré que le rein devient mobilisable par le fait même de son accroissement. En portant un ou deux doigts entre la dernière côte et l'os iliaque, et en plaçant l'autre main tout entière sur l'abdomen, on peut, en pratiquant de petites impulsions digitales, amener au contact de la main antérieure le rein qu'elles soulèvent et qui vient frapper la paroi abdominale ; c'est cette manœuvre que le professeur Guyon a appelé la recherche du *ballottement rénal*.

Un autre signe est propre aux néoplasmes rénaux; nous voulons parler du *varicocèle symptomatique*. On voit apparaître, du côté de la tumeur, un cordon variqueux qui souvent prend de très grandes proportions par suite de l'obstacle apporté par le rein hypertrophié à la circulation en retour

des veines du cordon. Enfin, les hématuries d'origine rénale sont souvent accompagnées de douleurs simulant de véritables coliques néphrétiques, quelquefois aussi violentes que s'il s'agissait du passage d'un calcul, ailleurs et le plus souvent peu vives et pour ainsi dire ébauchées.

Il semble d'après cet exposé que le diagnostic puisse être établi sans qu'on ait recours à d'autres moyens. Les chirurgiens anglais et allemands n'en ont pas jugé de même. Thompson, le représentant le plus autorisé de l'école anglaise, pratique une boutonnière périnéale, pénètre dans l'urèthre qu'il dilate avec le doigt, explore la vessie et, si les circonstances lui semblent favorables, pratique séance tenante par la même voie l'extirpation de la tumeur vésicale. Cette exploration, à la supposer nécessaire au diagnostic, est entourée de difficultés très grandes.

Pousson a montré dans sa thèse inaugurale, puis par des expériences ultérieures, que si le sujet est chargé d'embonpoint, l'extrémité du doigt peut à peine arriver dans la vessie ; il est par conséquent impossible d'explorer alors sa surface interne, les manœuvres d'exérèse se font à l'aide d'instruments conduits au hasard et sans guide. L'endoscope a surtout séduit les Allemands. Dittel a fait fabriquer un instrument très ingénieux, un cystoscope, qui porte un foyer électrique intravésical au moyen duquel une grande partie de la paroi peut être éclairée. Si Dittel doit à son instrument quelques diagnostics précis, il a commis aussi une erreur préjudiciable ; on s'en explique la possibilité si on se rend compte de la difficulté qu'on a ainsi à apprécier les reliefs, les saillies et les différences de coloration, difficulté qui fait de ces sortes d'appareils des auxiliaires peu précieux. Ajoutons enfin que le fonctionnement du cystoscope exige un milieu limpide ; or nous avons vu avec quelle facilité saignaient les tumeurs vésicales ; il suffit de quelques gouttes de sang dans l'urine pour lui faire perdre sa transparence.

Citons enfin un procédé de Küster, qui consiste à introduire une sonde munie d'un œil à bords tranchants et à la diriger vers le point d'implantation probable de la tumeur pour tâcher d'en exciser de petits fragments destinés à être examinés au microscope. Malgré les assertions de l'auteur et avec la grande majorité des chirurgiens, nous tenons pour dangereux un tel procédé d'exploration.

Les premières interventions chirurgicales contre les tumeurs vésicales n'ont été tentées que sur les malades in-extremis ; bientôt on a été conduit, enhardi par le succès, à opérer plutôt ; aujourd'hui quelques-uns conseillent d'intervenir dès que le diagnostic de tumeur de la vessie est probable. Ces deux manières de voir sont justifiées, suivant qu'on considère une opération comme devant être palliative, ou qu'on vise à l'extirpation radicale du néoplasme.

Si c'est à une opération palliative que le chirurgien veut avoir recours, c'est par les symptômes qu'il se laissera guider. L'hématurie, par son abondance et sa tenacité, constitue souvent un danger immédiat pour la vie du malade. Les douleurs acquièrent dans certains cas une intensité telle que le malade appelle une opération.

Aussi est-ce contre ces deux symptômes que le chirurgien dirigera ses moyens d'action. L'ouverture de la vessie procure seule un soulagement durable. En supprimant le fonctionnement de l'organe, on arrête les hématuries, qui sont l'expression de la congestion de la vessie, et les douleurs causées par son état de contracture ; on peut même dire que l'extirpation de la tumeur n'offre plus qu'un intérêt secondaire ; on doit cependant toujours tenter cette ablation, car même incomplète, elle éloigne l'issue fatale ; dans les cas où la récidive a été la plus rapide il a fallu des mois pour que la tumeur reprenne son volume et ses allures du début.

L'exérèse complète du néoplasme semble au premier abord constituer une opération plus rationnelle. Mais il faut bien se dire que la guérison définitive est des plus rares et des plus difficiles à obtenir. Il faudrait arriver pour cela à faire la résection de la paroi vésicale, résection impossible la plupart du temps, à cause du mode d'implantation de la tumeur qui siège dans la région du trigone et ne permet pas de faire une extirpation radicale sans léser les uretères. D'ailleurs la plupart de ces tumeurs sont de nature maligne et infiltrent la paroi dans laquelle elles envoient des prolongements que révèle l'examen histologique.

Reste la question des tumeurs bénignes : bien qu'ils soient rares, l'existence des papillomes n'est pas douteuse ; peut-être même sont-ils plus communs que ne le laisse supposer les examens anatomiques faits jusqu'ici. On peut en effet admettre une hypothèse émise par Pousson ; d'après lui, la plupart des néoplasmes de la vessie seraient au début des papillomes qui dégénéreraient plus tard en épithéliomas; la nature mixte de la plupart des tumeurs viendrait à l'appui de cette manière de voir ; il serait alors préférable d'opérer de bonne heure. D'un autre côté, il ne faut pas oublier le danger que peut faire courir au malade une opération incomplète ; en attaquant une tumeur bénigne qu'on n'est pas certain de pouvoir enlever toute entière, on peut activer le processus de la maladie. Or la marche de ces néoplasmes est extrêmement lente et, d'après les symptômes, on peut, chez certains malades, faire remonter le début du mal à 10 et 15 années.

En résumé, si quelques opérations radicales ont été tentées et semblent jusqu'à présent donner de bons résultats, l'utilité d'une intervention précoce est loin d'être démontrée aujourd'hui et il est plus sage, plus conforme à la clinique, de se conformer aux indications fournies par les symptômes, c'est-à-dire de n'ouvrir la vessie que lorsque la vie du malade sera exposée à un réel danger ou lorsque les douleurs seront d'une extrême violence.

Nous serons très bref sur le manuel opératoire. La taille hypogastrique ne nous occupera pas, nous l'avons décrite ici même il y a peu de temps.

Deux autres moyens conduisent sur la tumeur : la dilatation uréthrale et la boutonnière périnéale. La première n'est applicable que chez la femme.

Elle peut se faire à l'aide des mandrins gradués du professeur Guyon ou avec des bougies dilatatrices utérines de Hégar. On peut amener facilement l'urèthre à un diamètre de 2 centimètres, qui permet l'introduction d'instruments suffisants pour l'exérèse de la tumeur, mais le toucher seul sert de guide ; on ne peut pas *voir* si l'extirpation est complète, on est mal armé pour remédier à un accident qui surviendrait au cours de l'opération.

Les mêmes objections peuvent être faites à la boutonnière périnéale de Thompson. Ce chirurgien pratique une incision de 4 centimètres de longueur commençant à 2 centimètres en avant de l'anus, va à la recherche d'un cathéther cannelé préalablement introduit dans l'urèthre et incise ce canal au niveau de la région membraneuse : il y introduit son doigt, le fait pénétrer peu à peu dans la portion prostatique qu'il dilate, arrive au col et de là dans la vessie. Ces manœuvres sont simples et relativement faciles à exécuter. Elles permettent une exploration à peu près complète chez les sujets maigres et l'introduction des instruments très variés qu'a imaginés Thompson, pour saisir, morceler, contondre, extirper les tumeurs ou leurs fragments.

Ce procédé, dont nous reconnaissons la rapidité et la sécurité, ne permet pas d'apporter à l'exérèse la même précision que la taille hypogastrique. Ainsi que nos lecteurs le savent, les derniers perfectionnements introduits dans la pratique de cette opération mettent le chirurgien à même de *voir* la surface interne de la vessie, d'y porter les instruments, d'y faire des applications de caustiques et d'enlever méthodiquement tout ce qui peut être extirpé d'une tumeur. De plus, cette opération laisse, plus que toute autre, la vessie dans un état de repos absolu et amène la décongestion de ses parois et la cessation des douleurs. Elle exige, il est vrai, de minutieuses précautions pour être conduite à bien, mais ne présente pas de sérieuses difficultés et, entre des mains prudentes, les dangers auxquels elle expose ne sont guère plus grands qu'avec la boutonnière périnéale.

Dr E. Desnos.
Ancien interne des hôpitaux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 octobre,

Lésions de la morphinomanie.

M. le professeur *Ball* raconte l'histoire d'une morphionomane qui a succombé brusquement dans son service à des accidents syncopaux, au moment où on était arrivé à lui faire perdre progressivement l'habitude de la morphine.

L'autopsie n'a pas révélé d'autres lésions qu'un certain degré de dégénérescence graisseuse du cœur, mais le point important a été la constatation chimique de la morphine dans les centres nerveux, la rate, les reins et surtout le foie, alors que depuis plusieurs jours on n'en trouvait plus de traces dans l'urine. Ainsi la morphine peut quelquefois séjourner longtemps dans les tissus et sa persistance dans les organes peut expliquer par une sorte d'auto-intoxication les accidents tardifs qui s'observent parfois chez les morphinomanes longtemps après la cessation de l'abus. On a vu des malades succomber dans le collapsus plusieurs jours après une guérison apparente.

Les toniques du cœur, la spartéine par exemple, jouent un rôle des plus importants dans le traitement de la morphinomanie ; il convient d'en prolonger l'emploi, même après la guérison apparente du malade, pendant toute la durée de la convalescence, tant que le malade, n'ayant pas éliminé tout le poison, est exposé à des syncopes par défaillance du cœur.

M. Ball condamne enfin d'une façon définitive et sans appel le traitement de la morphinomanie par la suppression brusque.

Contagion de la variole à distance.

M. Créquy fait connaître 14 cas de variole qui se sont produits depuis deux mois et demi dans l'usine à gaz de la Villette, située à 230 mètres de l'hôpital des varioleux d'Aubervilliers. Il ne peut y avoir une simple coïncidence ; ces 14 cas sur 720 ouvriers de l'usine constituent une proportion considérable, alors que parmi 1600 ouvriers des ateliers des chemins de fer de l'Est qui habitent le même quartier, aucun cas de variole n'a été observé. M. Créquy demande l'éloignement de l'hôpital des varioleux à une distance plus grande des habitations. Il ajoute que les ouvriers et employés de l'usine à gaz, qu'il a invités dès le début des cas de variole à se faire revacciner sont demeurés sourds à ses exhortations. Il réclame une fois de plus une loi coërcitive relativement à la vaccination et à la revaccination.

La glossodynie.

M. Magitot pour faire suite aux communications de MM. Verneuil, Fournier, Hardy, sur les tumeurs imaginaires de la langue, dit que la glossodynie ou glossalgie essentielle, sans lésion appréciable des tissus, peut revêtir la forme rhumatismale ou la forme névralgique.

Dans la forme *rhumastismale*, la douleur occupe toute la masse musculaire sans distinction marquée de tel ou tel muscle isolément ; les mouvements augmentent cette douleur, qui offre les caractères ordinaires des douleurs rhumatismales.

La forme *névralgique* s'accuse par une douleur spontanée et intermittente que les mouvements n'augmentent pas et qui occupe soit un rameau unique, soit deux rameaux symétriques (cas de M. Verneuil).

Au point de vue étiologique, c'est l'arthritisme qui est en cause dans la glossodynie, qu'on peut rattacher étroitement aux diverses formes de névropathie. La paralysie générale et l'hypochondrie dont on a parlé seraient plutôt la terminaison que l'origine de cette affection douloureuse.

A l'égard du traitement, tout a déjà été dit ici lors de la dernière discussion ; nous demandons seulement à insister sur le traitement général et local des manifestations arthritiques et névropathiques en général. Les alcalins, les bromures, l'aconitine, chez les arthritiques francs ; l'hydrothérapie chez les sujets névropathes et enfin les calmants locaux : la cocaïne en injections hypodermiques ou même les révulsifs énergiques et la cautérisation ignée.

Nouveau procédé de réfrigération locale par le chlorure de méthyle.

Par M. Bailly (de Chambly).

Ce procédé repose sur l'évaporation de ce corps

projeté sur un tampon d'ouate sèche hydrophile et de bourre de soie. L'appareil ainsi constitué se nomme *stypophore*. Appliqué par ce moyen sur la peau, le chlorure de méthyle produit un refroidissement brusque des parties touchées, suivi d'une congestion de retour assez intense aussitôt que l'on cesse son emploi. Si l'on insiste, au contraire, on peut arriver à produire une véritable vésication. Il est impossible de réaliser ces divers phénomènes avec le siphon. Ce procédé, d'une précision remarquable, trouve son application dans toutes les interventions chirurgicales de courte durée. Dans le domaine médical, son emploie constitue la *stypothérapie*. Il combat efficacement la douleur, la névralgie dentaire, la névralgie faciale, le transfert, la sciatique, la névralgie intercostale, la migraine, le rhumatisme musculaire, la pleurodynie, le lumbago, les torticolis, les rhumatismes divers, la gastralgie, les coliques hépatiques, le tétanos et l'hydropneumothorax.

La rage tanacétique et la vraie rage.

M. Hayem au nom de M. *Peyraud* (de Libourne), expose les ressemblances qui existent entre la vraie rage et la rage tanacétique, c'est-à-dire la rage causée par l'essence de tanaisie.

L'essence de tanaisie donne lieu surtout au type de rage mordante chez tous les animaux, sauf chez la grenouille dont les convulsions sont éphémères ; il a été observé, mais moins ordinairenemt, des phénomènes de rage paralytique.

Le maximum de l'action tanacétique se traduit par la tendance à mordre ; à un degré inférieur, c'est un appétit vorace, déréglé ; plus bas encore, c'est simplement la faim. Mais cet appétit inconscient ne se traduit-il pas dans la rage canine pour tous les corps étrangers qui encombrent l'estomac des animaux ?

On retrouve encore dans la rage tanacétique le besoin qu'ont certains animaux enragés de courir ; même quand les doses sont convulsivantes, le même fait se reproduit.

Enfin, la rage tanacétique se rapproche de la vraie rage par les lésions qu'elle produit, hémorrhagies sous-pleurales, infarctus sanguins du foie, muscosités spumeuses des voies aériennes.

L'essence de tanaisie a donc une action élective sur le bulbe tout comme le virus rabique, et c'est pourquoi nous pouvons donner à ces appareils symptômatiques semblables le même nom et appeler les effets rabiques de la tanaisie, *rage tanacétique* ou *simili-rage*.

M. Peyraud a voulu voir si cette rage tanacétique était contagieuse, et ses expériences lui permettent de conclure à la négative.

Enfin, il fera voir ultérieurement que la rage tanacétique et la vraie rage ont le même antagoniste, *le chloral*.

Des communications ont encore été faites sur les sujets suivants :

M. Richelot : Cure radicale des hernies et hydrocèles congénitales.

M. Horteloup : Sur le cancer du pénis;

M. Gréhaut : Sur le chauffage par les poêles sans tuyau, qui amènent fatalement l'intoxication oxycarbonique.

M. Berger : Une observation de plaie de l'abdomen avec issue et blessure du côlon transverse et de l'épiploon par coup de couteau ; suture de l'intestin, réduction, guérison.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 octobre.

De l'origine bovine de la scarlatine.

M. Pichenet. « On sait que les médecins et les vétérinaires anglais ont cru avoir découvert, il y a deux ans environ, que la scarlatine était communiquée à l'homme par le lait sécrété par des vaches atteintes d'une affection caractérisée par la présence, sur le pis et la mamelle, de pustules ulcérées. Le microbe de la scarlatine ne se trouve pas directement dans la sécrétion lactée, mais provenant des ulcérations du pis de l'animal, il se trouve introduit dans le lait en quantité plus ou moins grande lorsqu'on trait la vache malade, et il y rencontre un excellent milieu de culture.

Or, j'ai été à même tout récemment de pouvoir étudier cette question de la transmission de la scarlatine par le lait chez l'enfant d'un officier de mes amis atteint de cette affection. Cet enfant, qui, d'habitude, ne buvait que du lait bouilli, était allé tout récemment passer la journée dans une ferme où on lui avait fait prendre du lait cru. Or ce lait provenait d'une vache dont les trayons portaient une éruption pustuleuse analogue à celle que les vétérinaires anglais considèrent comme pouvant être la source de la commuuication de la scarlatine à l'homme. »

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Un point de déontologie.

Monsieur et cher Directeur,

J'ai lu avec plaisir dans un précédent numéro du *Concours* l'article plein de verve et d'humour dans sa consolante philosophie, sur le parti à prendre lorsqu'un *de nos clients nous abandonne*. Je serais bien heureux de voir traiter, au besoin, par le même correspondant, un sujet analogue de la pratique courante, sur lequel, depuis dix ans que j'exerce, je n'ai pas encore pu me fixer. Il s'agit de la conduite à tenir lorsqu'un *client vous revient*. Je pense que sur cette matière, si j'en juge parce que je vois autour de moi, les avis sont très partagés. C'est affaire de tempérament. Les uns, philosophes sceptiques, reçoivent le client infidèle, sans allusion et sans reproches, et le traitent comme par le passé; d'autres le chassent impitoyablement de leur cabinet, ne voulant pas être considérés comme de vulgaires fournisseurs, qu'on prend ou qu'on laisse pour un caprice.

Quel est le meilleur des deux procédés, celui qui se concilie le mieux avec l'intérêt et la dignité du médecin ? Je suis bien indécis, et chaque fois que je me prononce dans un sens ou dans l'autre, j'éprouve ensuite, comme une crainte et un regret ou d'avoir trop plié devant des raisons de calcul et d'intérêt, ou d'avoir trop sacrifié à l'amour-propre.

Je vous serais obligé, mon cher Directeur et très honoré confrère, de m'indiquer la voie la plus correcte à suivre dans ces diverses circonstances.

Veuillez agréer, etc...

Dr C.

RÉPONSE. — Dans les règles de déontologie qu'il prépare, M. Dulaurier traitera sûrement le cas que vous signalez.

En attendant, nous croyons que l'intérêt et la dignité peuvent se concilier.

Si vous avez un motif pour avoir trouvé spécialement blessant le procédé du client qui vous a délaissé, ne le reprenez pas et, sans vaines récriminations, renvoyez-le à ses récentes amours.

Si, au contraire, il vous a quitté, comme d'ordinaire, sans motif sérieux et sans vous blesser, pour le simple plaisir (ce qui lui est, après tout, permis), ne soyez pas rigoureux et, sans observation, donnez-lui vos soins. Vous n'aurez jamais, en ce cas, la tentation de lui prodiguer votre intérêt en outre de vos soins.

A. C.

IXe CONGRÈS INTERNATIONAL

de Médecine et de Chirurgie (1)

tenu du 5 au 10 septembre

À WASHINGTON

SECTION DE DERMATOLOGIE.

Le docteur *A. Ravogli*, de Cincinnati, fait une communication sur *le lupus érythémateux*.

Il commence en rappelant combien il est difficile d'en obtenir la cure. Kaposi le considère comme étant un néoplasme, Hébra le décrit comme une séborrhée congestive. L'auteur fait passer des préparations qui montrent une hypertrophie des cellules épithéliales et des papilles dans le stroma du corion, une infiltration des tissus par des cellules inflammatoires, qui se voient aussi entre les fibres de tissu conjonctif qui entourent les follicules pileux, une augmentation des éléments du tissu conjonctif, un gonflement des fibres élastiques, et la présence de liquide entre les fibres du tissu conjonctif et de sang dans les vaisseaux. Le processus est donc inflammatoire.

Il se produit une véritable atrophie de la peau, causée par une pression qui oblitère les glandes qui sont les premières hypertrophiées ; nous avons donc une hypertrophie des éléments histologiques, suivie d'atrophie, dont l'origine provient de l'oblitération des vaisseaux. La cause première est une irritation nerveuse, qui engendre de l'hypérémie et les troubles dans l'activité biologique des cellules.

Les cellules épidermiques sont énormes et contiennent un certain nombre de corps ronds, qui sont probablement des micro-organismes et qui forment des colonies.

Des sections de la peau démontrent leur présence dans la couche papillaire, surtout où il y a eu de l'exsudation, ainsi que dans les fibres et les vaisseaux capillaires.

L'examen par la méthode de Friedlander confirme cette opinion. Le docteur Ravogli n'a pas pu faire des expériences de culture, mais il croit que la maladie est de nature infectieuse.

L'irritation causée par la présence des bactéries engendre des phénomènes inflammatoires, l'hypertrophie et la séborrhée.

La médication interne ne donne pas de résultats ; l'application de l'emplâtre mercuriel constitue le meilleur traitement. Lorsqu'on se sert de la curette ou de caustiques, les plaques récidivent. L'auteur a eu trois guérisons définitives par l'emploi de l'ichthyol.

Il commence avec un onguent (10 pour cent) dont la base est l'onguent au diachylum de Hébra ; puis il en diminue la force à 3 pour cent.

Le docteur *Knaggs*, d'Angleterre, demande si l'ichthyol agit ici comme antiseptique. — Le docteur *Ravogli* répond affirmativement.

Le docteur *Unna*, de Hambourg, trouve la partie du mémoire qui traite des microbes fort intéressante bien qu'elle présente des points faibles. Les microbes doivent se voir dans les glandes sudoripares ; il croit du reste, à leur existence dans le lupus érythémateux, bien qu'elle ne soit pas encore prouvée.

Le docteur *Thin*, de Londres, dit que les corps ronds contenus dans les préparations, peuvent être ou ne pas être des microbes. Il faudrait instituer des expériences de culture. Il a remarqué plusieurs cas curieux, qu'il a désigné sous le nom de « maladie de la crête de coq » et qui ne sont qu'une forme de lupus érythémateux avec soulèvement de l'épiderme. Il croit à sa nature infectieuse.

Le docteur *Zeisler*, de Chicago, croit à la théorie du micro-organisme ; mais en somme, ce n'est qu'une théorie. Le lupus érythémateux des muqueuses est extrêmement rare.

Lupus érythémateux des mains, par le docteur Ohmann-Dumesnil, de Saint-Louis.

L'affection est très rare. Il a rassemblé quarante-cinq observations ; dans douze d'entre elles, la maladie commença sur la figure et s'étendit ensuite aux mains, sur la face dorsale, sans toutefois s'attaquer aux ongles. Il n'a pas pu trouver de microbes.

SECTION DE LARYNGOLOGIE.

Le président *W. H. Daly, de Pittsburg*, attire l'attention de ses auditeurs sur les progrès immenses qu'a fait la laryngologie depuis 1876. En rhinologie, il en est de même, surtout dans le traitement de la rhino-bronchite spasmodique ou « hay fever », dont la cause est intra-nasale.

Le laryngologue de l'avenir doit accorder plus d'importance aux cavités nasales, et le rhinologue devra être chirurgien plutôt que médecin.

Le docteur *Richard H. Thomas* fait une communication sur *les causes du soi-disant « hay fever »* de l'asthme nasal et d'affections analogues, étudiées au point de vue clinique.

Les facteurs qui entrent dans l'étiologie de la fièvre de foin et des autres névroses du nez sont :

1° Le système nerveux général.

2° L'état spécial où se trouve le système nerveux n'est pas analogue à l'épilepsie.

3° Il existe soit une hypertrophie intra-nasale, soit un polype, soit une cause quelconque d'obstruction.

Les névroses nasales peuvent fort bien exister sans qu'il y ait la moindre obstruction.

4° Affection nasale chronique.

5° Des zones de sensibilité, qui sont très variables.

6° Un état spécial soit des centres nerveux, soit des terminaisons nerveuses.

Il existe une série de causes excitantes, telles que poussières, lumière, changements de temps, etc.

La guérison de la fièvre de foin est dépendante de

(1) Suite. Voir le numéro précédent.

la disparition du processus local ou général qui en est la cause.

Le docteur *J. F. Klingensmith* fait aussi une communication sur *la fièvre de Foin* (Hay-asthma).

Les irritations locales, les hypertrophies, etc., en constituent le point de départ, la poussière, le pollen, la lumière, etc., en sont les causes excitantes.

L'application du thermo-cautère donne les meilleurs résultats. Il faut traiter les zones sensitives à l'acide lactique ou au cautère. Le traitement doit être institué quinze jours avant l'apparition habituelle de l'affection.

M. Lennox Brown, de Londres, lit un mémoire intitulé : *Idées actuelles sur la pathologie et le traitement de la tuberculose du larynx.*

On admet en général que les bacilles tuberculeux constituent la cause de la laryngite spécifique ; ils pénètrent par les conduits respiratoires et s'agglomèrent dans les sommets des poumons, où la respiration est moins forte. L'affection est en général secondaire à la tuberculose pulmonaire, et peut être engendrée soit par les crachats, qui infectent une partie dénudée et irritée du larynx, soit par la migration des spores à travers le système lymphatique.

Pour que le bacille prospère, il lui faut une surface malade, sur laquelle il viendra se fixer.

L'état général du patient et l'assimilation défectueuse de ses aliments, par rapport à la nutrition des tissus, favorisent plus le développement de la tuberculose que ne le font les conditions climatologiques. La tuberculose laryngée est non seulement secondaire, mais elle peut être primitive, les accidents du côté du larynx se manifestant longtemps avant les lésions pulmonaires.

Le larynx présente l'apparence caractéristique ; on y trouve l'infiltration, la localisation et les ulcères tuberculeux, mais on ne découvre rien dans les poumons. Quelquefois, ces accidents locaux disparaissent avant que les phénomènes de la tuberculose pulmonaire ne se déclarent.

Traitement. — Lorsque la maladie n'est pas trop avancée, l'air de la mer et des montagnes agit remarquablement, par sa pureté même ; les inhalations de vapeurs de térébenthine, d'huile d'eucalyptus et de menthol donnent de bons résultats.

L'atropine agit fort bien, non seulement comme calmant, mais comme parasiticide.

L'arsenic et les sels de chaux agissent de la même manière. Les crachats, la douleur, la toux persistante semblent diminuer après l'administration d'hydrogène sulfuré, mais il est douteux que ce médicament produise une amélioration permanente.

C'est le traitement local qui est le plus satisfaisant ; après l'application de cocaïne, il faut détruire les nodules tuberculeux, au moyen du thermo-cautère ou de l'acide lactique.

L'auteur ne se sert pas d'iodoforme ou d'iodol dissous dans de l'éther, qu'il trouve trop irritant ; il est partisan de l'application directe, faite à l'aide d'un pinceau de coton. L'emploi continu du spray détruit les cils des cellules épithéliales. Les calmants locaux et généraux sont formellement indiqués. Il préfère les émulsions faites avec de la gomme d'acacia aux insufflations. L'amélioration produite par la cocaïne est passagère, la morphine et la belladone donnent un soulagement plus durable.

L'intervention chirurgicale consiste à gratter les parties atteintes avec la curette ou la pince, et à faire une application d'acide lactique.

Il ne faut pas pratiquer d'incisions, car, bien qu'elles soulagent quelquefois, elles forment de nouveaux foyers d'infection ; il vaut mieux, pour la même raison, ne pas opérer les granulomes, à moins que la respiration n'en soit gênée. La trachéotomie est absolument contre-indiquée, le larynx ne reçoit plus assez d'air, et il s'y forme des colonies de bacilles ; l'air froid et sec qui pénètre par la canule peut donner lieu à des complications pulmonaires, la plaie elle-même peut être infectée. L'auteur condamne l'intubation, et l'ablation des parties malades.

L'on publie beaucoup d'observations de guérisons, qui, pour M. Lennox Brown, ne sont que des améliorations plus ou moins durables.

Le docteur *Coghill*, de Ventnor, pense que le soulagement de la douleur fait autant pour prolonger la vie des patients que la thérapeutique locale la mieux instituée. Il se sert d'insufflations d'iodoforme et de morphine.

Le docteur *J. Solis-Cohen*, de Philadelphie, cite deux cas de guérison, qu'il croit définitive.

Le docteur *E. Fletcher Ingals*, de Chicago, conseille l'emploi de morphine, d'acide phénique et de glycérolé de tannin avec de l'eau, sous forme de spray.

Le docteur *Coomes*, de Louisville, préfère l'iodoforme.

Le docteur *Casselberry*, de Chicago, trouve que l'acide lactique est trop irritant ; il conseille les insufflations d'iodol.

Le docteur *John Mackenzie*, de Baltimore, fait l'application locale d'une solution de sublimé (1 pour 2,000).

Le docteur *W. E. Casselberry* de Chicago, fait une communication sur *le traitement des papillomes du larynx.*

Il s'agit de déterminer quelles sont les meilleures méthodes pour leur extirpation. La pince est le meilleur instrument pour l'ablation de petites tumeurs ; elle fonctionne mal lorsque la tumeur est volumineuse, car elle n'en enlève qu'une partie à la fois. Il a recours dans ces cas à la curette et au galvano-cautère.

Le docteur *Cohen* opère les gros papillomes à travers une incision de la membrane crico-thyroïdienne.

Le docteur *Ingals* se sert d'acide chromique.

Le docteur *Browne* conseille l'emploi de l'anse.

Il fait ensuite un dessin montrant la situation et la grandeur des papillomes du larynx du prince impérial d'Allemagne.

(A suivre.)

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

De la réglementation hospitalière au point de vue médical.

Parmi les questions qui ont trait à nos intérêts professionnels, je me permets d'attirer l'attention de mes confrères sur les rapports qui existent actuellement entre les commissions administratives

des petits hôpitaux de province et le service médical de ces établissements.

Les conflits survenus dans les Vosges, (à Senones, au Val-d'Ajol), dans une ville importante de la Marne, ceux auxquels a fait allusion le Dr Gassot, de Chevilly, dans un article qu'on n'a pas oublié, nous prouvent que les commissions administratives ont une tendance de plus en plus accusée à user à notre égard de procédés indignes et qui compromettent très réellement notre dignité professionnelle.

Les intrigues de famille, de petite ville, le favoritisme, le despotisme, la même religion politique, en un mot l'arbitraire sous toutes ses formes non seulement président à la nomination des chefs de service, mais provoquent la révocation des titulaires qui n'ont, en aucune façon, démérité au point de vue professionnel. Il y a là un danger dans le présent et dans l'avenir et nous pensons qu'il est temps de réagir contre ces pratiques arbitraires, que nous considérons comme iniques.

Pour atteindre le but que nous nous proposons, une nouvelle réglementation est nécessaire et je ne me dissimule pas que rien n'est plus solidement établi qu'un réglement. Peu nous importe. Tôt ou tard, un jour, *fatalement*, la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine verra le jour et nous serions coupables si ce jour-là nous avions oublié les médecins des hôpitaux de province. Nous devons prouver au législateur que nos revendications sont légitimes, et lui montrer comment il faut y donner satisfaction.

Hâtons-nous donc, car ce jour peut être proche. L'opinion que je soutiens est celle-ci, et j'estime qu'elle est seule compatible avec la dignité médicale. *Le médecin d'hôpital ne doit pas pouvoir être révoqué pour des motifs étrangers à l'exercice professionnel.*

Le mode de nomination, actuellement en vigueur, qui laisse la porte ouverte au favoritisme, aux influences politiques, *doit être modifié.*

Le chef de service, dans un hôpital, doit être — et ici je reprends l'opinion qui avait été nettement formulée par Ch. Sarazin, *membre de droit de la Commission administrative.*

A cette manière de voir, des objections de toute espèce ont été opposées. Il n'y en a pas une qui ne soit réfutable.

Le docteur Mougeot, de Bruyères, à notre réunion de mai 1887, prétendait qu'un médecin *salarié*, ne pourrait faire partie de droit de la Commission qui le paie. Le fait est vrai, avec la réglementation actuelle; mais, puisque nous demandons l'abrogation de cette réglementation, pourquoi dans le nouveau règlement ne chercherions-nous pas à faire introduire cette clause spéciale? Au sein de la commission, n'ayant rien à craindre pour lui-même, le médecin peut être, sans arrière pensée, l'avocat de ses malades. Dans un travail précédent, j'ai énuméré tous les avantages, dont grâce à cette nouvelle situation du chef de service, devaient bénéficier et les malades et le service lui-même. Je n'y reviendrai pas. Car enfin, pourquoi le médecin ne serait-il pas membre d'une commission qui le paie? Nous ne croyons pas que les maigres honoraires qui lui sont alloués soient une contre indication.

Dans l'ancienne loi municipale, ne pouvaient être conseillers municipaux tous ceux qui, de près ou de loin, émargeaient au budget communal. Cette loi a été modifiée, plus facilement que ne le sera jamais la loi sur l'exercice de la médecine, parce qu'elle touchait à des intérêts politiques. Avec la loi nouvelle, des fournisseurs de toute espèce administrent la ville en qualité de conseillers municipaux, voire même de maire, et passent à la caisse municipale comme fournisseurs. Il n'y a plus d'incompatibilité. Cette incompatibilité peut disparaître aussi pour le service médical des hôpitaux. Pourquoi un maire, président de la commission administrative, ne serait-il pas médecin, médecin payé de son hôpital? Ne pourrait-il remplir ces deux fonctions, à la satisfaction de tous, et aussi bien qu'un maire qui fournira le gaz à ses administrés?

Comme membre de la commission administrative, le médecin ne pourra plus être révoqué par décision préfectorale. Le ministre seul, et de ce côté, les membres des commissions administratives possèdent toutes les garanties désirables, le ministre seul décidera du sort du chef de service.

Ainsi donc des trois propositions que nous énoncions tout à l'heure, deux au moins doivent être mises hors de toute contestation.

Le médecin ne pourra être révoqué que pour des motifs se rattachant à son exercice professionnel. Les médecins des Vosges sont d'accord sur ce point. *Membre de droit de la commission, le chef de service ne pourra*, de ce fait, *être révoqué que par décision ministérielle.*

Reste le troisième point : *le mode de nomination.* Cette nomination du chef de service doit être enlevée à la commission administrative quand ce ne serait que pour étouffer toutes les rivalités, les haines confraternelles.

Par quoi le remplacerons-nous? Sur quel critérium nous appuierons-nous dans cette nomination?

Le concours, dit le Dr Gassot.

L'ancienneté, c'est notre opinion personnelle.

L'exposé des titres scientifiques, reprend le Dr X...

La nomination par les pairs, dit le Dr Y...

Tot capita, tot sensus. Il faudrait cependant essayer de s'entendre.

Procédons par élimination.

Le concours est parfait, en principe, en théorie. Mais quel sera le jury? Les professeurs de la faculté voisine, où le népotisme fleurit avec éclat? Quelles seront les conditions du concours?

Et vous allez obliger ce vieux praticien qui a 20 ou 25 ans d'exercice, qui est rompu à la pratique journalière, la seule exigible dans un hôpital de petite ville, à lutter avec un jeune confrère frais éclos de l'école, encore entraîné, et dont la jeune mémoire n'aura pas encore eu le temps de perdre son trop-plein, ce jeune confrère ami des fraîches acquisitions thérapeutiques, qui seront peut être tombées dans l'oubli deux ans plus tard? Les conditions du concours seront-elles égales? Lequel d'entre nous, à 40 ans, se déciderait à concourir, serait capable de concourir? Nous n'en remplirions pas moins, et avec avantage pour les malades, les fonctions de médecin d'hospice. *Le concours*, ce *serait l'hôpital exclusivement ouvert aux jeunes*, fermé à tous les praticiens qui ont dépassé 35 ans.

Nous ne saurions donc admettre ce mode de nomination.

La nomination par les pairs ne peut être plus acceptable. S'il existait un *ordre des médecins*, elle serait possible, et nous serions des premiers à accepter cet arbitrage. Mais on ne peut obliger tel ou tel d'entre nous, actuellement du moins, à faire partie de telle ou telle association médicale, à laquelle on donnerait le droit de nomination. Or, de

nos diverses associations médicales, *l'Association de prévoyance* a des attributions spéciales et elle ne saurait sortir de son rôle de Société de secours mutuels. *Les syndicats médicaux*, bien que doués d'une vitalité qui va chaque jour s'affermissant, ne sont pas officiellement reconnus et ne peuvent officiellement avoir le droit de nomination des médecins d'hospices.

Passons à *l'exposé des titres scientifiques* ? Quelle sera la composition du jury ? Et si aucun des postulants ne possède de titres scientifiques ? La chose est possible. L'un de nos contradicteurs voulait que l'on prît les notes d'examen comme base d'appréciation. Cela ne souffre pas la discussion. Tel autre pensait que les anciens *internes des hôpitaux* devaient être choisis de préférence à leurs concurrents. Et d'abord de quels hôpitaux voulait-on parler ? de Paris ou de la province ? Les prérogatives que l'on voudrait attacher à ce titre d'interne ne nous semblent pas proportionnelles à la valeur du titre pris en lui-même, surtout pour les anciens internes des hôpitaux de province.

Reste *l'ancienneté*. Disons d'abord que la grande majorité des commissions administratives, celles qui sont libres de leurs allures et sur lesquelles les passions politiques ont peu de prise, adoptent déjà et exclusivement ce mode de nomination. Nous pourrions en citer de nombreux exemples. Avec la nomination à l'ancienneté, on oppose une barrière aux rivalités confraternelles et aux manœuvres de favoritisme.

La valeur médicale personnelle doit être présumée la même et ainsi on ne blesse aucune susceptibilité. Tel praticien aura une clientèle moins étendue que son voisin. C'est souvent parce qu'il possède moins de savoir-faire que de savoir. Il n'en sera pas moins un bon chef de service dans un hôpital. Puisque la commission administrative est, par sa composition même, incompétente, qu'elle ne peut avoir aucune base ferme dans l'appréciation de la valeur médicale personnelle de chaque médecin, cette valeur médicale doit être, je le répète, présumée la même pour tous et c'est à l'ancienneté que l'on doit légitimement donner la préférence. Admettons comme correctif, et comme le proposaient quelques-uns d'entre nous, une *limite d'âge*, 60 ans, par exemple. J'y souscris très volontiers.

Au moins de cette façon, *le médecin d'hôpital ne sera plus le premier valet de l'établissement hospitalier. Sa situation ne dépendra plus du caprice de la commission administrative au sein de laquelle sa place est marquée, nécessaire, dans l'intérêt du service lui-même. Membre de fait et de droit de la commission, il ne pourra plus être révoqué que par le ministre et seulement lorsqu'il aura manqué à ses malades ou à l'honneur.*

La dignité professionnelle, l'indépendance médicale et l'union confraternelle n'auront fait qu'y gagner.

Dr Lardier.

ADHÉSION A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Gachet, à Claye-Souilly, présenté par le docteur Duclaux, de Claye-Souilly (Seine-et-Marne).

NOUVELLES

La composition écrite du concours de l'Internat a eu lieu le 17 octobre. Jury : MM. Huchard, de Beurmann, Faisans, Quénu, Jalaguier, Nélaton, Bar.

L'ivrognerie et les hopitaux d'ivrognes en Amérique. — Dans un travail sur l'étude de l'ivrognerie en Amérique, Croothers rapporte l'origine de l'ivrognerie considérée comme maladie à Benjamin Rush, ainsi que la première application pratique de traitement dans une maison spéciale, à Turner, du Maine. Il y a maintenant 50 hôpitaux pour ivrogues avec plus de 1,000 malades ou les 1,000 environ qui sont traités dans leur famille. La plupart de ces cas ont été reçus dans les hôpitaux après que toutes les méthodes de traitement ont été épuisées et la plupart remontaient de 5 à 30 ans. L'expérience du traitement scientifique a été très encourageante. Dans 3,000 cas, 35 °/ₒ de ceux qui sont restés en traitement, au moins un an ont été guéris d'une façon définitive. Le docteur Croothers a remarqué la plus grande intensité de l'ivrognerie en Amérique qu'en Angleterre, ce qui tiendrait à la plus grande suractivité des fonctions nerveuses. Il a exposé l'inanité des prétentions des soi-disant cures et antidotes et a insisté sur le besoin d'une étude spéciale des particularités de chaque cas pour leur traitement strictement scientifique.

(*Lyon médical*).

BIBLIOGRAPHIE

Histoire des accouchements chez tous les peuples, par le Dr G. J. Witkowski, *Chez G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir Delavigne.*

Nous croyons être utile à nos lecteurs en leur signalant cet ouvrage, rempli de documents intéressants, que l'auteur a su grouper d'une manière habile avec son talent habituel de vulgarisateur et d'écrivain.

Le premier volume est divisé en quatre chapitres : dans le premier chapitre, notre excellent confrère s'est livré à un travail considérable en rassemblant toutes les données qu'il a pu trouver dans les auteurs anciens et modernes, sur l'obstétrique et le culte (accouchements mythiques, Dieux, déesses, saints et saintes invoqués par les femmes en couches, Reliques et superstitions religieuses, Embryologie sacrée). Il est inutile d'insister sur la portée philosophique de ces différentes questions.

Il en est de même dans le second chapitre où sont rappelés les erreurs et préjugés populaires relatifs à la grossesse et à l'accouchement : « Comme vous, dit l'auteur dans sa dédicace au Pr Pajot, nous pourchassons les préjugés ; et vous savez si le nombre en est grand, si grand qu'il donnerait à penser, avec Benoît de Maillet, que le genre humain descend d'une huître. »

Dans les deux derniers chapitres, l'auteur fait une relation aussi complète qu'amusante des accouchements extraordinaires et des monstres, ainsi que des mœurs et coutumes obstétricales (postures prises pendant le travail, pratiques et opinions singulières, sages-femmes et accoucheurs).

Ce premier volume, rempli de figures, est d'une lecture aussi instructive qu'intéressante ; ce n'est sans doute pas un livre assez chaste pour être donné en prix dans les pensions de jeunes filles mais c'est un ouvrage à la fois sérieux et amusant qui doit trouver place dans toute bibliothèque de médecin instruit et curieux des choses de son art. Il fait actuellement les délices de nombre d'accoucheurs.

Dans le second volume, le Dr Witkowski a eu l'ingénieuse idée de reproduire les dessins de tous les instruments employés en obstétrique chez les anciens et les modernes, de figurer un véritable arsenal obstétrical : « Comme vous, dit-il dans la même dédicace au Pr Pajot, nous nous permettons de plaisanter cette rage d'inventer un instrument nouveau, souvent pour la vaine satisfaction d'y attacher son nom ; nous avons pensé que devant une telle monomanie instrumentale, la meilleure critique était de reproduire tous ces engins dont Torquemada eût été jaloux. »

G. L.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André, 3

Neuvième année **N° 45** 5 Novembre 1887

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU CONCOURS MÉDICAL

le 13 novembre 1887.

Ordre du jour.

I. Rapport du Directeur. Exposition de la situation de la Société ;
II. Exposition de la situation financière ;
III. Exposé des travaux de l'année ;
IV. Assurances contre la maladie ;
V. Caisse des pensions de retraite ;
VI. Comité de protection des pupilles du corps médical ;
VII. Revision des statuts de la Caisse de Prévoyance des assurés sur la vie ;
VIII. Affectations diverses et budget ;
IX. Discussion des propositions des membres du *Concours médical*.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'UNION DES SYNDICATS

le 13 novembre 1887.

Ordre du jour.

I. Allocution du Président ;
II. Situation financière et budget ;
III. 1° *Projet de création de l'ordre des médecins* ;
2° *Exercice de la médecine civile par les médecins militaires* ;
3° *Les médecins des hôpitaux et les commissions administratives* ;
4° *Assistance médicale. — Médecine des indigents* ;
IV. Propositions diverses.

NOTA. — L'Assemblée générale aura lieu, à *l'Hôtel du Lion-d'Or*, rue du Helder, le dimanche 13 novembre, à 2 heures précises, et le *Banquet* à 6 heures.

LA SEMAINE MÉDICALE

La vérité sur le Congrès de Washington.

Quelle confiance peut-on avoir dans les appréciations que nous livrent les historiens sur des faits éloignés de nous, quand on constate que deux témoins oculaires d'un événement aussi récent que le Congrès de Washington sont en complet désaccord.

Le correspondant du *Bulletin Médical* (23 octobre) écrit à son journal que le dit Congrès a été non seulement « un vaste four », mais « une mystification ». Il se plaint que les mesures prises pour recevoir les étrangers aient été insuffisantes, que les salles des sections fussent disséminées dans tous les coins de la ville, temples et synagogues ; que le secrétaire général lui-même fût incapable de renseigner positivement les arrivants sur les détails de l'organisation des séances. Il déplore le caractère grossier d'une réception de gala où certains assistants, ayant enlevé à la force des coudes les plus grosses pièces du buffet, les dévoraient entre eux, assis en rond par terre. Enfin, confondu par l'inoubliable spectacle de cinq à six mille personnes, les unes déguenillées, les autres en frac qui défilaient chez le Président Cleveland et faisaient *skake hand* à l'aimable présidente, au risque de lui donner une arthrite du poignet, il quitte Washington le troisième jour pour accomplir un voyage d'étude, bien que les chemins de fer américains n'aient pas fait aux Congressistes la gracieuseté d'une réduction sur les tarifs.

Par contre, le 30 octobre, le même journal publie une lettre du Dr Landolt, qui essaie « de réduire ces accusations à leur juste valeur et de mettre en lumière les beaux côtés qui ne firent point défaut au Congrès ».

Tout en reconnaissant que l'organisation laissait quelque peu à désirer, M. Landolt fait remarquer qu'il est difficile d'installer 2,500 médecins dans une ville à peu près déserte en cette saison, et que les américains, peuple nouveau, n'ont pas encore eu autant que nous d'occasions pour s'exercer à célébrer des événements et des hommes ; il déclare galamment que Madame Cleveland a prouvé pendant le pénible assaut des 6,000 *shake hands* que « tout en étant Présidente démocratique, on peut rester reine ». Il ajoute que le Congrès a eu vraiment une valeur scientifique, que les sections travaillaient très sérieusement et que notamment les réunions de la section d'ophthalmologie étaient intéressantes et instructives à tous égards.

Il ne nous appartient pas de départager les deux congressistes ; nous dirons seulement que le compte rendu, tel que nous l'a envoyé, avec tant d'obligeance d'ailleurs, le *Medical Record* de New-York, n'était pas de nature à nous donner une idée très haute des résultats scientifiques du Congrès. Nous n'avons même pu en terminer la publication, par crainte de lasser nos lecteurs.

Il n'est que juste d'ajouter que la *précipitation* avec laquelle ce compte rendu a dû être fait, pour être envoyé aux journaux d'Europe par les premiers *courriers*, en excuse les allures sybillines. Mais n'avions-nous pas raison de déplorer, dans un des précédents numéros, la rage d'information rapide, qui, dans le domaine scientifique, est tout ce qu'il y a de moins légitime ?

Une nouvelle conception pathogénique du croup et de l'angine diphthérique.

M. le Dr *Morot*, du Bignon-Mirabeau (Loiret), nous a fait l'honneur de nous adresser une étude sur le traitement de l'angine diphthéritique et du croup, que nous allons analyser.

Nous y lisons d'abord que l'angine diphthéritique et le croup sont une des manifestations de la diathèse urique sous forme de congestion pharyngolaryngienne, favorisant la production de la fausse membrane, qui trouve là, dans cet état congestif, sui generis, un terrain propre à sa germination et à sa pullulation. M. Morot donne comme preuves à l'appui de cette énonciation la congestion du foie, de la rate et des reins qui existe dans la diphthérie ; or il a pu constater chaque jour à Vichy une corrélation entre la congestion hépatico-réno-splénique et la congestion pharyngo-laryngienne, qui se manifeste sous forme de coryzas, de laryngites et de pharyngites. La congestion du foie, de la rate et des reins est préparée chez les enfants par l'hérédité arthritique et amenée par une mauvaise hygiène alimentaire. La congestion chronique du foie entravant l'hématose par refoulement du poumon droit, le sang étant vicié par un excès d'acide urique que les reins congestionnés n'éliminent plus, la vitalité va s'affaiblissant, et l'enfant devient une proie facile pour les microbes, qui s'attaquent à l'appareil respiratoire, parce que la congestion pharyngo-laryngienne leur a préparé le terrain.— On objectera sans doute à M. Morot que beaucoup d'enfants en pleine santé sont infectés par la diphthérie ; mais cette objection ne l'arrête pas. « Si quelques enfants, que frappe la diphthérie, paraissaient jouir antérieurement d'une santé florissante, apparence fallacieuse qu'un examen attentif aurait réduite à néant, la plupart au contraire de longue date maigrissaient, dépérissaient ».— On pourrait dire aussi à M. Morot que la tuméfaction du foie et de la rate est fréquente dans la diphthérie comme dans la plupart des maladies infectieuses, et que la congestion des reins est le prélude de l'albuminurie par néphrite infectieuse.

La conséquence thérapeutique de la pathogénie extraordinaire de M. Morot est la suivante. Le traitement local, le traitement de la fausse membrane est secondaire. Il ne faut songer qu'à décongestionner le foie et la rate pour décongestionner par contre-coup le pharynx et le larynx. M. Morot pense atteindre ce but en appliquant toutes les heures ou toutes les deux heures des cautérisations ponctuées sur la région hépatique avec l'acide nitrique monohydraté ; au besoin, il applique coup sur coup de petits vésicatoires « sans crainte, dit-il, de voir la fausse membrane s'y implanter ». Comme médicaments, il emploie le sulfate de quinine, qui décongestionne la rate, et la strychnine qui décongestionne le foie et s'oppose à l'atonie des vaisseaux. M. Morot proscrit les vins généreux et l'alcool qui congestionne le foie.

Nous ne pouvons nous dispenser de dire à notre confrère que nous considérons l'application de vésicatoires à des enfants atteints de diphthérie comme un acte qui, toujours imprudent, devient *coupable* dans la pratique hospitalière. Quant à la quinine, nous l'avons donnée systématiquement à tous nos malades pendant un certain temps sans en avoir obtenu aucun effet utile.

PÉDIATRIE

De la trachéotomie chez l'enfant.

Indications et contre-indications.

Manuel opératoire.

I.

C'est une excellente idée qu'avait eue notre regretté collègue, le Dr Paul Renault, d'écrire un manuel complet et pratique de la trachéotomie pour le croup chez l'enfant ; on ne saurait trop louer ses deux amis, les Drs Darier et Caron de la Carrière, qui n'ont pas voulu que le manuscrit de Renault fût enseveli avec lui et qui l'ont livré à la publicité (1). Ils ont fait œuvre utile, « utile pour le praticien de la ville, aussi bien que pour les internes nouveaux-venus dans les hôpitaux d'enfants ; tous les médecins y trouveront un guide sûr, tant pour l'opération elle-même que pour les soins consécutifs » a dit M. Jules Simon dans la préface, avec l'autorité qui lui appartient.

(1) Manuel de trachéotomie, par le Dr P. Renault. Chez G. Steinheil, éditeur.

C'est un sujet trop pratique pour que nous n'indiquions pas aux lecteurs du *Concours* les principaux enseignements que nous avons tirés de la lecture de cet ouvrage : nous y avons retrouvé toutes les qualités d'esprit qui distinguaient Renault et qui en faisaient un sujet d'avenir.

II.

INDICATIONS.

La *trachéotomie* est indiquée dans tous les cas où il y a un obstacle au passage mécanique de l'air, obstacle siégeant dans le larynx et susceptible d'entraîner la mort par asphyxie ; la dyspnée croissante, le tirage sus-sternal et diaphragmatique, les accès de suffocation, la pâleur de la face, etc., permettent le plus souvent de reconnaître que les troubles asphyxiques tiennent à un obstacle laryngé et non à une autre cause pulmonaire ou toxique.

Le croup est diagnostiqué ; à quel moment faut-il pratiquer l'opération ? D'une manière générale, il faut opérer tardivement, d'autant plus tard que l'état général est meilleur : car les opérations pratiquées ainsi donnent autant de succès que les opérations précoces et, d'autre part, quelques enfants guérissent sans intervention chirurgicale, lorsque l'on sait attendre. Dans les cas de croup de moyenne intensité, non toxiques, on doit se guider plutôt sur le tirage que sur les accès de suffocation, quoique ceux-ci soient plus effrayants en apparence.

Lorsque le tirage s'établit d'une façon continue, qu'il dure depuis longtemps (12 ou 24 heures), *qu'il va en croissant* et que l'asphyxie menace, il faut opérer ; si le tirage, quoique durant depuis quelque temps, n'augmente pas, veiller et attendre. S'il n'y a que des accès sans tirage ou avec peu de tirage dans l'intervalle, il faut n'opérer qu'à la dernière extrémité, lorsque l'on juge que la mort peut survenir du fait même de l'accès. La marche plus ou moins rapide du croup influe également sur l'époque de l'opération. A l'hôpital on peut attendre plus longtemps qu'en ville pour opérer.

Dans les cas de diphthérie grave (croup avec angine fétide, gonflement ganglionnaire, etc.), l'opération précoce est moins désastreuse que l'opération tardive ; lorsqu'on attend un peu trop, l'opération est plus difficile (tuméfaction du cou), plus dangereuse (syncope, hémorrhagie) et moins efficace.

Il n'est jamais trop tard pour opérer ; toutefois, l'opération *in extremis* est une opération de nécessité, elle n'est pas un procédé de choix.

CONTRE-INDICATIONS.

Il n'existe pas de contre-indication formelle à la trachéotomie. Lorsque, par suite de l'obstacle laryngé, l'air manque à un enfant, on est en droit de lui en donner par l'opération, le malade fût-il dans les conditions les plus défavorables (jeune âge, croup morbilleux ou scarlatineux, coëxistence d'une angine toxique, etc.). En un mot, si l'opération n'est pas toujours commandée, elle est toujours excusable.

III.

MANUEL OPÉRATOIRE.

Après avoir fait une critique complète des trois procédés de trachéotomie les plus connus (Trousseau, Bourdillat, de Saint-Germain) et avoir indiqué quels doivent être les préparatifs de l'opération (aides, chambre, table, éclairage, instruments, etc.), Renault indique quel doit être le manuel opératoire : c'est une combinaison des procédés existants, telle que l'opération en soit rendue plus facile et plus sûre, tout en s'appliquant à tous les cas. En voici les principales règles.

1° Se placer à droite de l'enfant.

2° Disposer à portée de la main *tous* les instruments dont on peut avoir besoin : bistouris droit et boutonné, dilatateur, deux canules préparées et appropriées à l'âge de l'enfant, plumes d'oie, dont les barbes servent à chatouiller la trachée pour provoquer la toux.

3° Coucher le malade et faire tenir la tête de manière à ce que le cou soit tendu, pas trop, à peu près horizontal.

4° Saisir le larynx par ses faces latérales au niveau du cartilage thyroïde, comme si on voulait l'énucléer. Si, pour cela, il est nécessaire de serrer un peu, ne pas craindre de le faire. — Le larynx étant ainsi tenu entre le pouce et le médius gauches et complètement immobilisé, chercher avec l'index gauche le cartilage cricoïde et appliquer l'ongle au niveau de son bord inférieur. La main gauche ne doit plus bouger, tant que la canule n'est pas dans la trachée.

5° A partir de ce moment, l'opération doit être rapidement menée et ordinairement ne dure pas plus d'une 1/2 à 1 minute.

Faire exactement sur la ligne médiane, à partir de l'ongle de l'index gauche, une première incision de 2 cent. 1/2 ou 3 cent., comprenant toute la peau. Arriver rapidement sur la trachée, par une ou deux incisions semblables, aussi longues, sans se préoccuper du sang (à ce niveau on ne peut pas blesser de gros troncs). Souvent une seule incision suffit pour arriver sur la trachée.

Comme ordinairement on ne voit rien, sentir la trachée avec l'index gauche, guider le bistouri sur ce doigt, ponctionner la trachée et inciser sans compter les anneaux (que l'on ne distingue pas le plus souvent), mais en faisant d'un seul coup de bistouri une incision médiane et assez longue pour admettre le doigt.

Si l'incision est trop petite, débrider en bas avec le bistouri boutonné.

6° Il ne reste plus qu'à introduire la canule. Prendre la plus grosse, la saisir de la main droite (la gauche n'a pas dû bouger) et la glisser sur l'index gauche, situé dans la plaie, et que l'on retire à mesure qu'on introduit la canule.

Ordinairement la canule entre tout droit, si on ne se presse pas ; son introduction est annoncée par un bruit spécial, le bruit canulaire.

Si, après une ou deux tentatives, la canule n'entre pas et que l'enfant étouffe, placer le dilatateur,

laisser revenir l'opéré et introduire ensuite la canule. Aussi est-il indispensable, pour faire une trachéotomie, d'avoir toujours un dilatateur sous la main : on peut ne pas s'en servir, comme le conseille Renault ; mais cet instrument est parfois d'une telle nécessité que l'enfant succombe, si l'on n'introduit pas le dilatateur.

Si, la canule étant en place, on n'entend pas le bruit canulaire, introduire une plume pour exciter les efforts de toux ou pour amener l'expulsion d'une fausse membrane qui obstrue le conduit.

7° La canule introduite, lâcher alors seulement le larynx, et asseoir l'enfant en maintenant la canule de la main droite, jusqu'à ce que les cordons soient bien fixés.

Procéder ensuite aux soins immédiats.

C'est en observant scrupuleusement ces détails qu'on évite la plupart des fautes opératoires qui peuvent compromettre le succès de l'opération : les incisions vicieuses de la peau, trop grandes ou trop petites, les incisions vicieuses de la trachée qui présentent plusieurs variétés. Elles peuvent être :

a) trop grandes, intéressant le cartilage thyroïde, la membrane crico-thyroïdienne, le cricoïde. Elles ont l'inconvénient de donner lieu à une hémorrhagie plus abondante et de rendre imparfaite la contention de la canule.

b) trop petites, elles font perdre du temps et imposent la nécessité d'agrandir et de choisir le sens de l'incision libératrice.

c) trop hautes, rares ; il faut les continuer en bas jusqu'à ce que le prolongement trachéal de l'incision puisse admettre une canule.

d) trop basses, elles rendent l'opération plus longue et plus difficile à cause de la profondeur de la trachée ; elles donnent lieu à des hémorrhagies fréquentes et parfois très graves.

e) latérales, fréquentes. Les incisions obliques ou latéralisées dévient généralement en bas et à droite et ne s'accompagnent que d'une certaine difficulté pour introduire la canule. — Les incisions latérales sont droites ou gauches et rendent pénible (surtout ces dernières) l'introduction de la canule.

f) multiples, se font dans le cas d'incision trop courte ou d'incision latérale perdue.

g) trop ou pas assez profondes ; se voient surtout dans l'opération en un temps.

h) les incisions perdues ont lieu dans le cas où la rachée mal fixée a dévié sous le couteau, dans le cas d'incision latérale de la peau.

Les incisions latérales, même très grandes, peuvent se perdre ; les incisions médianes, même petites, se retrouvent toujours. Lorsqu'on ne peut retrouver une incision, mieux vaut ne pas trop en prolonger la recherche et en faire une nouvelle.

Lorsqu'on se précipite trop pour introduire la canule, la trachée n'étant pas suffisamment ouverte, ou lorsqu'on en redresse trop vite le pavillon, on risque de faire pénétrer la canule dans le tissu cellulaire en avant ou à côté de la trachée.

Dans la trachéotomie, l'opérateur doit faire abstraction de l'enfant (la surveillance en est confiée à l'aide qui tient la tête) pour être tout entier à l'opération qu'il ne pourra interrompre que si le malade est positivement en danger de mort.

Nous laissons de côté, pour aujourd'hui du moins, les autres chapitres, non moins intéressants, du livre de Renault sur les accidents immédiats de la trachéotomie, les suites de l'opération, les soins à donner à l'enfant, les complications précoces ou tardives : on y retrouve quantité de détails cliniques importants.

G. Lepage.

HYGIÈNE

De la prophylaxie des maladies transmissibles (*fin*) (1)

Par le Dr A.-J. Martin,
Auditeur au Comité consultatif d'hygiène publique de France.

A Berlin, on a rejeté complètement l'usage de l'acide sulfureux, on ne se sert que de liquides désinfectants. Les désinfecteurs sont munis d'une solution de sublimé à 1/1000, d'une solution d'acide phénique à 5 0/0, et d'un jeu de brosses, leur permettant un nettoyage désinfectant de toutes les parties du local et du mobilier qui s'y trouve. Les linges et les vêtements sont transportés à l'étuve dans des sacs appropriés et à l'aide de voitures spéciales, différentes pour l'arrivée et le retour des objets.

Lorsqu'il y a décès, le cadavre doit être mis en bière et l'enterrement doit avoir lieu le plus vite possible.

Enfin le médecin devra se souvenir que, s'il est des villes maudites comme Toulon et Marseille, s'il y a des quartiers maudits comme le quartier Sainte-Marguerite à Paris, c'est surtout en raison de l'insalubrité des logements ; aussi doit-il s'en préoccuper, en cas de maladie transmissible, particulièrement en ce qui concerne les cabinets d'aisances. Toutes les fois qu'il y aura des matières infectées, il devra se préoccuper de faire appliquer le précepte anglais : « circulation, jamais stagnation » ; elles devront être immédiatement enlevées.

Reste, Messieurs, la vaccination. Vous savez combien c'est un moyen prophylactique merveilleux ; aussi devrez-vous toujours faire vacciner ou revacciner les personnes qui entoureront un malade atteint de variole.

Ces divers points posés, quels seront vos devoirs vis-à-vis des pouvoirs publics ? Lorsque vous soignez une maladie transmissible, vous avez l'obligation morale, sinon écrite, de prévenir l'entourage du malade des précautions à prendre ; mais devez-vous aussi prévenir l'administration, qui seule peut prendre des mesures sanitaires de prophylaxie locale ou générale, et qui seule peut rendre ces mesures obligatoires ? Or la loi n'oblige pas le médecin à informer les autorités de l'existence des maladies

(1) Leçon faite à la clinique de l'Hôpital des Enfants-Malades.

transmissibles. La loi du 3 mars 1822 ne l'y oblige que pour le choléra, la peste, la fièvre jaune, les maladies pestilentielles exotiques. En allant au delà de la lettre de la loi, ne vous exposez-vous pas à trahir le secret médical ? Nous ne le croyons pas et nous sommes heureux d'avoir pour nous guider sur ce point toujours délicat l'autorité considérable et justement considérée de M. Brouardel, qui a déjà tant fait pour l'hygiène publique dans notre pays :

« Si, dit-il, les mesures sanitaires peuvent être efficaces, c'est lorsqu'elles sont appliquées dès la première ou les premières manifestations de l'épidémie ; leur puissance s'atténue dès que le nombre des malades se multiplie. L'intérêt social est donc considérable, il y a urgence. Pour le médecin il y a un devoir évident, sanctionné par la loi. Ce devoir est-il en contradiction avec celui qu'impose le secret professionnel ? La loi du silence s'applique surtout aux maladies vénériennes ou à celles qui sont dites héréditaires. Celles qui sont visées par la loi du 3 mars 1822 ne sont pas de cet ordre. Jamais une famille n'a pensé à imposer le secret à son médecin à propos de ces maladies. Chacun dit journellement qu'il a perdu un des siens du choléra, de la fièvre jaune, de la diphthérie, etc. »

Si donc, Messieurs, vous prenez toutes les précautions indiquées jusqu'ici, si vous provoquez de la part de l'administration des mesures prophylactiques que vous ne pouviez imposer vous-mêmes, vous aurez rendu un très grand service à l'entourage de votre malade et vous aurez rempli votre devoir de médecin.

Dans certains pays, il existe une législation spéciale et une administration, dirigée par des médecins hygiénistes, qui facilitent singulièrement la tâche du médecin traitant. Au fur et à mesure qu'elles s'organisent, la mortalité par affections transmissibles ne cesse de s'abaisser. Nous en sommes loin, hélas ! à Paris, où cette mortalité est toujours si élevée, ainsi qu'en témoigne le Bulletin de statistique municipale.

En France, cependant, quelques villes ont un bureau d'hygiène, mais ces services fonctionnent depuis trop peu de temps pour que leur heureuse influence ait déjà pu se faire sentir. C'est surtout à l'étranger, à Bruxelles, par exemple, qu'on peut juger de ce que peut faire une police sanitaire sagement organisée. De 1864 à 1884 la moyenne de la mortalité des maladies zymotiques était dans cette ville de 6,2 pour 1,000 ; en 1886, elle est tombée à 4,1 diminuant ainsi de 2,1. Ce qui représente pour la ville de Bruxelles environ 400 habitants de plus conservés, chaque année.

Les résultats ne sont pas moins beaux en Angleterre où l'on s'efforce avec tant de soin de « stériliser » le sol par la salubrité générale et la salubrité locale, d'où la diminution naturelle des épidémies. Plusieurs fois des épidémies y ont été importées, plusieurs fois elles ont été localisées et elles ont cessé sur place grâce aux mesures prophylactiques. Il en résulte que depuis 25 ans, la mortalité générale s'est abaissée, la mortalité par affections transmissibles a diminué, les frais d'assistance ont par suite diminué aussi ; mais aussi dès que la mortalité dépasse 22 pour 100 dans une ville, on dit qu'il y a insalubrité et la loi permet d'obliger cette ville à se rendre salubre.

En France, nous avons tout un arsenal de lois qui nous permettent d'obliger les villes et les logements insalubres à s'assainir en grande partie ; mais ces lois ne sont pas appliquées, parce que nous manquons des moyens capables de les tirer de l'oubli dans lequel elles sont tombées. Nous ne saurions trop nous attrister d'un pareil abandon, car si notre mortalité, ainsi que le montre le tableau ci-après, est assez peu élevée, elle se trouve, grâce à la faiblesse de notre natalité, ramenée à un taux relativement supérieur à celui de beaucoup d'autres nations européennes. La conservation sociale exige donc en France des mesures énergiques, au premier rang desquelles il faut compter la prophylaxie des maladies transmissibles ; espérons que ces mesures ne se feront pas trop longtemps attendre.

	NATALITÉ p. 1000	MORTALITÉ p. 1000	EXCÉDENT des naissances sur les décès. p. 1000	NUPTIALITÉ p. 1000	FÉCONDITÉ par 1000 femmes.
Allemagne.	37,2	25,7	11,5	7	151
Angleterre.	34,2	19,9	14,3	7,7	129
Autriche.	38,6	30,4	8,2	7,8	150
Bavière.	36,2	28,5	7,7	6,6	»
Belgique.	31,3	21,3	10	6,7	132
Ecosse	33,7	19,9	13,8	7	»
France.	24,9	22,6	2,3	7,5	99
Hongrie.	43,9	36,6	6,7	10,2	»
Italie.	36,9	27,9	9	7,5	148
Irlande	23,9	18	5,3	4,3	»
Norwège.	30,8	17	13,8	6,6	»
Pays-Bas	35,3	22,1	13,2	7,1	151
Prusse	36,3	25,1	11,2	7,9	»
Suède.	29,3	17,3	12	6,3	»
Suisse.	35,9	25,7	10,2	6,8	114

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 25 octobre.

Maladies des centres nerveux d'origine paludéenne.

M. *Bourru* (de Rochefort), qui a passé toute sa carrière dans des pays palustres, a acquis la con-

viction que le cadre nosographique des maladies paludéennes est plus large qu'on ne le suppose. Il pense notamment que l'impaludisme peut déterminer des maladies des centres nerveux, trop souvent considérées comme de simples coïncidences (pseudo-tabes, méningo-encéphalite, hémorrhagie cérébrale).

Les lésions congestives et inflammatoires, que l'infection paludéenne peut déterminer dans les centres nerveux sont justiciables, à leur début, du traitement spécifique. Mais, dans d'autres cas, soit que le traitement ait été appliqué trop tard, soit que les accidents aient été trop violents dès le début, ils peuvent persister malgré le traitement spécifique et évoluer indépendamment de leur cause infectieuse.

Documents statistiques sur la syphilis chez la femme.

M. *Fournier* lit un mémoire dont voici le résumé.

Nombre de personnes, parmi les gens du monde à la vérité, se représentent la syphilis comme une maladie dérivant exclusivement de la débauche et dangereuse pour ceux-là seuls qui s'y exposent, on sait comment. C'est un préjugé qu'on ne saurait trop combattre. Sur un nombre donné de syphilis féminines, observées dans un certain milieu, combien en est-il qui dérivent d'une contagion imméritée ? — Depuis vingt-sept ans, M. Fournier a reçu dans son cabinet 887 femmes affectées de syphilis ; or, ces 887 cas peuvent être catégorisés en deux groupes : 1° 842 cas de syphilis d'origine sexuelle ; 2° 45 cas de syphilis d'origine non vénérienne. Ces 45 cas appartiennent à la syphilis des innocents, à des syphilis imméritées. — Sur quelles femmes les 842 cas ont-ils été observés ? 366 fois les femmes appartenaient au monde galant, irrégulier ; 220 fois les femmes étaient mariées ; 256 fois les femmes étaient d'une condition sociale restée inconnue. Sur 100 femmes affectées de syphilis, on en trouve 81 appartenant à la catégorie des irrégulières de tout ordre et 19 appartenant à celle des femmes mariées. Cette proportion, si extraordinaire et si lamentable qu'elle soit, force est de l'accepter. Si à ce chiffre de 19 % on ajoute celui de 5 %, qui représente la moyenne des syphilis d'origine non vénérienne, on arrive à un total de 24 % comme moyenne de syphilis imméritées. Ces chiffres contiennent un argument puissant contre les adversaires d'une prophylaxie publique de la syphilis. En attaquant, en diminuant la syphilis dans ses origines les plus communes, à savoir dans ses origines vénériennes, elle diminuerait du même coup le nombre des syphilis imméritées, qui sont filles de ces dernières. Instituer une prophylaxie publique de la syphilis, c'est, en réalité, protéger tout le monde.

Les diarrhées vertes chez l'enfant.

M. *Hayem* a lu un mémoire de son interne, M. *Lesage*, d'où il résulte que chez l'enfant du premier âge il existe deux variétés de diarrhées dites vertes.

La première doit sa coloration aux pigments biliaires, dont la réaction chimique dénote la présence dans les selles. Ces selles sont acides, d'une acidité qui persiste après leur dilution. On y trouve les micro-organismes des selles normales, mais il y manque toujours le bacille chromogène qui caractérise l'autre variété. — Cette première variété de diarrhée verte paraît vers le 4e jour de la vie pour cesser vers le 20e ou le 25e. Elle n'est pas accompagnée de dyspepsie et ne provoque pas d'amaigrissement. Elle paraît due à l'augmentation de la sécrétion de la bile qui provoque à son passage dans l'intestin une entérite légère avec sécrétion acide des plus évidentes. On peut encore observer cette diarrhée bilieuse sous forme d'accès chez des enfants de 2 à 6 mois, particulièrement chez des tuberculeux.

La seconde variété de diarrhée verte doit sa coloration à un pigment sécrété par un micro-organisme spécial, qui est chromogène et pathogène de cette diarrhée verte non bilieuse. Dans la moitié des cas environ de cette diarrhée, les selles sont neutres ; dans le reste des cas, elles ont une réaction légèrement acide qui ne persiste pas, après une dilution même légère. La réaction de l'intestin grêle a toujours été trouvée neutre à l'autopsie, et l'acidité légère quand elle existe, est limitée au côlon. L'examen microscopique montre dans les selles de cette variété de diarrhée verte un bacille spécial en quantité plus ou moins grande. M. Lesage a isolé, cultivé ce bacille et reproduit la diarrhée verte par l'expérimentation chez de jeunes animaux. Nous n'insisterons pas sur les caractères morphologiques et biologiques que M. Lesage a décrits, et d'où il résulte que le bacille est réellement pathogène de la diarrhée verte.

Lorsqu'il existe une diarrhée simple, d'origine alimentaire, par exemple, le bacille de Lesage rencontre un milieu favorable à son développement. Aussi existe-t-il deux modes de début pour l'apparition de la diarrhée verte.

Tantôt il s'agira d'un enfant, qui, depuis deux à trois jours, présente de la dyspepsie et de la diarrhée jaunâtre infectieuse, due à l'altération du lait dans le biberon. Cette diarrhée, jaunâtre, ordinaire, devient alors verdâtre, puis verte, et persiste. Aussi est-il de toute nécessité d'arrêter la diarrhée simple, pour éviter la complication : infection de l'intestin par le bacille pathogène et transformation de la diarrhée.

Tel est le premier type de début. Tantôt au contraire, brusquement, un enfant bien portant est pris de diarrhée verte sans cause appréciable, sans modification de l'alimentation.

Quel que soit le mode de début, la diarrhée verte se présente sous trois formes : légère, moyenne ou intense.

La forme légère ne présente rien de spécial. Dans la forme moyenne (6 à 10 selles par jour), on peut voir apparaître des complications viscérales, qui semblent dues à de l'intoxication secondaire de l'organisme par des ptomaïnes. L'examen bactériologique ne démontre pas, en effet, la présence du bacille dans les divers viscères atteints.

Ces complications sont de deux ordres :

Tantôt de la congestion pulmonaire ou de la bronchopneumonie, faits étudiés par M. Sevestre.

Tantôt de la congestion méningée et cérébrale, dont le coma est le symptôme capital. La forme intense est une variété de choléra infantile : variété à selles vertes. Dans ce cas, le nombre des selles est très grand, mais la richesse de ces selles en bacilles pathogènes est médiocre. La symptomatologie est celle du choléra infantile.

Epidémicité. — Contagion. — Le transport du bacille par l'air est démontré par diverses expériences de bactériologie. Ce transport ne peut s'effectuer que lorsque le bacille a subi la dessiccation lente, et après 5 mois de dessiccation une culture a pu en donner de nouvelles. Ces faits permettent d'expliquer les épidémies de diarrhée verte que l'on observe si fréquemment dans les crèches. La diarrhée verte apparaît par poussées, à la fois chez des enfants au sein et au biberon, sans que rien

soit changé dans leur mode de vie. L'entrée dans la salle d'un enfant atteint de diarrhée verte a suffi pour contagionner toute une salle. — Ces épidémies sont fréquentes en toutes saisons. Dans l'intervalle de ces épidémies, la diarrhée verte est peu fréquente.

La contagion se faisant surtout par l'air, les linges souillés sont les agents de propagation; aussi on doit ne pas laisser les linges exposés à l'air des salles. On les désinfecte, soit en les plongeant dans l'eau bouillante durant quelques minutes, soit à l'aide d'antiseptiques, destructeurs de la vitalité du bacille, tels que l'acide phénique, l'acide lactique ou le chlorure de chaux.

Traitement.

Jusqu'à ce jour, l'idée directrice de la thérapeutique des diarrhées infantiles était la suivante:

L'enfant du premier âge, ayant la bouche acide, ainsi que les matières fécales, on en concluait que tout le tube digestif de l'enfant malade était acide, et que ce dernier était aux prises avec une diathèse acide. Le traitement rationnel était donc d'alcaliniser le tube digestif.

Or cette diathèse acide n'existe pas pour les raisons suivantes: 1° L'acidité de la bouche et des matières fécales est loin d'être courante. 2° Quand elle existe, elle est localisée à la bouche et au côlon, le reste de l'intestin étant neutre. Elle est le résultat de fermentations locales. 3° Elle peut exister sans qu'il y ait troubles digestifs (Louis Guinon).

Par suite de la nature parasitaire de la diarrhée verte, l'idée qui doit dominer la thérapeutique de cette affection est de trouver le médicament spécifique.

Ainsi que l'a montré M. le professeur Hayem, dans un travail présenté à l'Académie de Médecine (séance du 14 mai 1887), l'*acide lactique* paraît agir comme spécifique de la diarrhée verte. La pratique montre les heureux résultats de cette médication. La guérison est, en effet, obtenue dans 75 0/0 des cas de diarrhée bacillaire. Avant d'employer l'acide lactique, il est nécessaire d'essayer la réaction des selles, car la diarrhée verte bilieuse ne ressortit pas à la médication acide.

La technique bactériologique vient à l'appui de la pratique et démontre que le bacille ne peut se développer dans des cultures acidifiées par l'acide lactique.

L'acide lactique, ainsi que l'a préconisé M. le professeur Hayem, est donné en solution à 2 0/0. L'enfant ne supporte pas facilement une solution plus forte.

Cette solution est administrée par cuillerées à café. — Toutes les deux heures, si le nombre des selles est peu élevé (2 à 6). — Si ce chiffre est plus élevé, toutes les heures, les demi-heures, les quarts-d'heures, suivant l'intensité des selles. Plus la diarrhée sera abondante, plus répétées devront être les prises d'acide lactique. On évitera d'administrer l'acide lactique pendant une demi-heure avant la tétée, et vingt minutes après cette dernière.

Les insuccès (25 0/0) se rapportent à des diarrhées vertes survenant dans le cours de la tuberculose, ou de l'athrepsie (l'enfant étant élevé au biberon), ou des maladies éruptives.

On ne peut prédire l'insuccès de l'acide lactique. Là où il échoue, en tout cas, aucune autre médication ne réussit.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 24 octobre 1887.

Du Naphtol comme antiseptique.

« — M. *Bouchard*. Je désire entretenir l'Académie des recherches que je poursuis depuis deux années et qui m'ont amené à introduire dans la thérapeutique un nouvel agent antiseptique, le naphtol. Ce n'est pas que ce naphtol n'ait déjà été employé comme médicament, ni qu'on ait ignoré jusqu'à ce jour ses propriétés antiseptiques; mais son usage était resté limité au traitement local de certaines maladies de la peau. Il était employé associé à des savons ou à des onguents, encore n'en usait-on qu'avec une extrême réserve en raison de son excessive toxicité. On ne l'avait pas encore administré à l'intérieur.

J'ai déterminé et mesuré le pouvoir antiseptique du naphtol et son pouvoir toxique; et de cette double notion j'ai été amené à conclure que le naphtol mérite, pour certains objets, d'être préféré à tous les antiseptiques actuellement connus. Ce qui lui vaut cette supériorité, c'est sa très faible solubilité.

Pour désinfecter une surface facilement accessible, les antiseptiques solubles suffisent et l'on n'a que l'embarras du choix; pour pratiquer l'antisepsie générale, il faudrait également un antiseptique soluble, mais on n'en possède pas encore qui puisse être introduit dans le sang à dose suffisante pour entraver la vie des microbes sans compromettre la santé ou la vie du malade.

Pour l'antisepsie dans l'épaisseur d'un tissu ou pour celles des cavités difficilement accessibles où l'on ne peut pas pratiquer des lavages continus, les antiseptiques insolubles, ou du moins difficilement solubles, peuvent être employés avec avantage. Ils doivent être préférés pour le traitement interstitiel de certaines maladies des tissus, pour l'antisepsie des cavités séreuses, et surtout pour l'antisepsie du tube digestif que j'ai surtout en vue dans cette étude. Seul un antiseptique insoluble, soustrait à l'absorption par son insolubilité, restera partout présent dans toute la longueur du tube digestif et pourra être administré à dose suffisante pour rendre impossible toute fermentation, sans qu'on ait à redouter son action générale sur l'économie dans laquelle son insolubilité l'empêche de pénétrer. Ce sont là les raisons qui m'avaient fait préférer le salicylate de bismuth et l'iodoforme; ce sont celles aussi qu'a invoquées Rossbach quand il a appliqué la naphtaline à l'antisepsie intestinale.

Le naphtol n'est soluble dans l'eau qu'à la dose de 0,2 pour 1000. On peut en dissoudre, par litre, 0 gr. 33 dans l'eau contenant 1 d'alcool pour 1,000; 1 gr. dans l'eau contenant 50 d'alcool pour 1,000; 2 gr. dans l'eau contenant 200 d'alcool pour 1,000. C'est dire que le naphtol est l'un des médicaments les plus insolubles.

Quelle est sa valeur antiseptique? Je l'ai étudiée en cultivant onze microbes différents, comparativement, dans des milieux nutritifs additionnés de naphtol en proportions variées, et déterminant la proportion de naphtol qui retarde, entrave ou empêche le développement de chaque microbe ou qui restreint ou supprime l'un de ses actes fonctionnels.

A la dose de 0 gr. 33 pour 1,000 de substance nutritive, liquide comme les bouillons ordinaires, ou solidifiée par la gélatine ou par l'agar, le

naphtol empêche complètement le développement des microbes de la morve, de la mammite de la brebis, du choléra des poules, du charbon bactéridien, du micrococque de la pneumonie et de deux organismes de la suppuration, le staphylococcus albus et le staphylococcus aureus.

A la même dose, il retarde beaucoup le développement du bacille de la fièvre typhoïde dont les cultures restent très pauvres, et il entrave un peu la germination du bacille de la tuberculose. J'ajoute que l'urine agitée avec le naphtol en poudre, puis filtrée et exposée à l'air, ne fermente pas ; que la matière fécale humaine qui amène une putréfaction très rapide des liquides de culture ne fait apparaître qu'un léger louche dans les bouillons additionnés de 0 gr. 40 de naphtol par litre ; que les matières organiques en pleine putréfaction, placées dans l'eau additionnée de naphtol, cessent de se putréfier et perdent rapidement leur fétidité.

J'ai pu rendre la démonstration plus précise et plus saisissante en cultivant dans des milieux naphtolés deux microbes qui sécrètent des matières colorantes. L'un est le bacille découvert par Gessart et qui fabrique la pyocyanine, l'autre est un microbe qui est peut-être nouveau et qui a été découvert par M. Charrin dans l'intestin du lapin ; il sécrète une matière verte d'une très belle fluorescence.

Je soumets à l'Académie quatre tubes qui ont été ensemencés en même temps, il y a trois jours, avec la même quantité d'une même culture du bacille de la pyocyanine ; chacun de ces tubes contient la même quantité de matière nutritive solidifiée par l'agar-agar. Le premier, qui n'est pas additionné de naphtol, montre une végétation abondante et s'est coloré dans toute son épaisseur par la pyocyanine.

Un second tube, dont le contenu renferme 0 gr. 40 de naphtol pour 1,000, a donné une végétation moins étendue ; mais, quoique le microbe y soit fort abondant, on peut voir qu'il n'a pas sécrété de pyocyanine.

Dans un troisième tube, qui a reçu 0 gr. 53 de naphtol pour 1,000, on distingue à peine quelques colonies de microbes qui n'ont pas donné de traces de pyocyanine.

Dans un quatrième tube enfin, qui a été additionné de 0 gr. 66 de naphtol pour 1,000, il n'y a pas la moindre apparence de végétation.

Les cultures du microbe intestinal qui fournit le vert fluorescent donnent une démonstration aussi frappante. Dans le tube qui ne contient pas de naphtol, végétation abondante et fluorescence très marquée ; à 0 gr. 40 de naphtol pour 1,000, végétation plus restreinte et fluorescence très faible ; à 0 gr. 66 de naphtol pour 1,000, végétation presque nulle et absence totale de fluorescence.

Ces deux derniers microbes sont, on le voit, plus résistants en présence du naphtol que les microbes pathogènes.

Je fixe à 0,40 pour 1,000 la dose à laquelle le naphtol exerce d'une manière évidente son action antiseptique sur un microbe déterminé ; le bacille pyocyanogène, qui m'a servi pour établir comparativement le pouvoir d'autres antiseptiques. Pour produire sur ce bacille la même action entravante, il faut, par litre de culture, 0 gr. 025 de biiodure de mercure, substance réputée l'une des plus antiseptiques. Le biiodure de mercure est donc seize fois plus antiseptique que le naphtol. De la même façon on arrive à établir que l'acide phénique l'est cinq fois moins, la créosote trois fois moins, etc.

Le biiodure de mercure étant fort peu soluble et étant seize fois plus antiseptique que le naphtol, on pourrait croire qu'il mérite d'être préféré à ce dernier. Il le mérite assurément pour certains usages spéciaux, mais non pour l'antisepsie intestinale. En effet, en faisant ingérer à un animal 0 gr. 015 de biiodure de mercure, on peut parfois provoquer la mort, tandis que l'on n'arrive pas à produire ce résultat, quand on ne fait pas ingérer une dose de naphtol supérieure à 3 gr. 80 par kilogramme d'animal, ce que nous pouvons exprimer en disant que le naphtol par la voie stomacale est 187 fois moins toxique que le biiodure. Il en résulte que, si l'on administre le naphtol et le biiodure à des doses physiologiques équivalentes, c'est-à-dire capables de faire courir un même risque à l'animal, la dose de naphtol employée sera capable de stériliser douze fois plus de matière que la dose correspondante de biiodure ; ce qui revient à dire que le naphtol a une valeur thérapeutique douze fois plus grande que le biiodure.

D'après ce qui précède, la dose de naphtol capable d'être toxique pour un homme de 65 kilogr. serait voisine de 250 gr. Or, 2 gr. 50 de naphtol par jour suffisent pour réaliser l'antisepsie intestinale.

En présence d'une si faible nocuité de cette substance, on se demande comment a pu s'établir la légende de la toxicité du naphtol, qu'on dit être capable de produire l'hémoglobinurie, les vomissements, les syncopes, les convulsions éclamptiques. Tout n'est pas faux dans ces accusations. Jamais chez les animaux, même chez ceux que j'ai réussi à tuer par l'énormité des doses, je n'ai observé l'hémoglobinurie ; mais j'ai pu produire, à l'aide de certains artifices, l'albuminurie, les secousses musculaires rythmées des pattes, des lèvres et des paupières, la salivation, le coma, la perte des réflexes oculaires, l'arrêt de la respiration et la mort avec conservation des mouvements du cœur. Mais jamais je n'ai obtenu le moindre de ces faits quand je n'ai pas fait ingérer au delà de la dose quotidienne de 1 gr. 10 par kilogramme. Il est vrai que ce qui empoisonne, ce n'est pas ce que l'on ingère, c'est ce que l'on absorbe, c'est ce qui pénètre dans le sang. Or le naphtol, introduit dans le sang à l'état de dissolution, est toxique à peu près au même degré que la quinine et l'acide phénique.

La difficulté est de faire cette introduction.

Quand on injecte dans les veines périphériques une solution alcoolique de naphtol, la précipitation se fait immédiatement et l'animal meurt d'embolies capillaires du poumon.

Si l'on pratique l'injection par une veine intestinale, de manière que les cristaux trouvent dans le foie des capillaires qui les empêcheront d'arriver jusqu'aux poumons, on produit une suppression plus ou moins considérable de l'action du foie qui cesse de recevoir en totalité ou en partie le sang de la veine porte, et les phénomènes se compliquent des accidents graves que produit la ligature de la veine porte.

Enfin, en dissolvant le naphtol dans l'alcool et en diluant par la glycérine, puis en ajoutant le mélange à l'eau chaude, j'ai pu injecter, avant refroidissement complet, des solutions au millième et même au centième. Les premières secousses convulsives se produisent à partir du moment où l'animal a reçu cinq centigrammes de naphtol par kilogramme. La mort arrive à huit centigrammes par kilogramme.

Dans le cours de ces essais de la toxicité du naph-

tol introduit à l'état de dissolution, par la voie intra-veineuse, j'ai reconnu ce qui est établi déjà pour un si grand nombre de substances toxiques, surtout depuis les travaux de M. G.-H. Roger, que le foie diminue la toxicité du naphtol. Pour obtenir les mêmes effets physiologiques, il faut injecter dans la veine porte une fois et demie ce qu'on injecte dans les veines périphériques. Ce fait s'explique facilement, le naphtol s'éliminant par les urines, en partie à l'état de naphtol sulfo-conjugué, qui est fort peu toxique, et la combinaison sulfurée ayant lieu suivant toute vraisemblance, dans le foie.

Il restait à déterminer quels effets pourraient résulter de l'introduction, dans le tube digestif, du naphtol à l'état de dissolution.

Une solution de naphtol au 100e dans l'alcool, la glycérine et l'eau, en telles proportions que l'action toxique ne puisse être imputable ni à l'alcool, ni à la glycérine, produit les phénomènes de l'intoxication tels que je les ai décrits plus haut, quand on a fait ingérer plus de 0 gr. 40 de naphtol par kilogr.: ce qui ferait 26 gr. pour un homme de 65 kilogr. On voit que si la totalité des 2 gr. 50 de naphtol qui suffisent pour réaliser chez l'homme l'antisepsie intestinale, venaient à être dissous dans le tube digestif et absorbés, le sang ne recevait encore que la dixième partie de ce qui est nécessaire pour produire l'empoisonnement.

Etant connus le pouvoir antiseptique du naphtol et son pouvoir toxique, on peut maintenant le comparer aux autres antiseptiquos insolubles. Cette comparaison ressort du tableau suivant :

	Dose antiseptique	Dose unique toxique.	Dose quotidienne toxique.
Iodoforme.	1,27 pour 1000	0 gr. 50	0 gr. 05
Iodol.....	2,75 —	2 17	1 24
Naphtaline	1,51 —	3 40	1 00
Naphtol B.	0,40 —	3 8)	1 10

L'hydrate de chloral comme spécifique de la rage tanacétique et de la vraie rage.

M. *Peyraud* (de Libourne) complète sa précédente communication sur la simili-rage, causée par l'essence de tanaisie, ou rage tanacétique, en citant des faits expérimentaux d'où il ressort que le chloral jouit d'une action non seulement curative, mais préventive contre la rage tanacétique.

Dans un cas même, un lapin inoculé par trépanation avec du virus rabique, mais traité par des inhalations de vapeur de chloral et des injections sous-cutanées de chloral, n'est pas devenu enragé, alors qu'il est inoculé depuis sept mois, et tandis que six lapins témoins, inoculés le même jour avec le même virus, mais non traités par le chloral, sont tous morts depuis plus de six mois.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES.

Pilules toniques, antispasmodiques et laxatives.

Tartrate de fer et de potasse 10 grammes
Poudre d'aloès......... } àâ 2 grammes
de castoreum. }
de safran............ 1
Extrait de noix vomique.... 1
de belladone......... 0, 50 centigr.
Térébenthine de Venise..... 4 grammes
F. s. a. 100 pilules. Trois par jour en mangeant.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Les exclusions prononcées par la Société de l'Ain. — Médecins et commissions administratives des hospices.

« Le but de l'Association générale, comme celui des Sociétés locales qui la composent, est..... de maintenir, par son influence moralisatrice, l'exercice de l'art dans les voies de la profession. » Se basant sur ce paragraphe de l'article 6 des statuts de l'Association générale, la société de l'Ain, dans sa séance tenue à Ambérieu, le 28 juillet dernier, a prononcé la peine de l'exclusion contre trois confrères. C'est énorme, et cette mesure de sévérité, prise par *vingt-neuf* membres contre un confrère, par *vingt-sept* contre les deux autres, dans une société qui en compte *quatre-vingt-trois* et où *trente-trois* votants seulement étaient présents, ne manquera pas de susciter une certaine émotion dans le corps médical.

Voyons d'abord les faits qui ont motivé la pénalité infligée par nos confrères de l'Ain. Il s'agit en premier lieu d'un confrère chargé du service d'inspection des prostituées. Le titulaire qui depuis longtemps remplissait ses fonctions étant venu à décéder, le maire de Bourg avait désigné le Dr B.. pour le remplacer. Mais, peu de temps après, le maire de Bourg était changé, et son successeur désignait pour remplacer le Dr B.. un autre confrère, le Dr P. Le Dr B... se plaignit d'avoir été dépossédé par son confrère à la suite de menées déloyales et porta ses doléances devant l'Association. Le Dr P. protesta et soutint qu'il n'avait rien fait pour supplanter son confrère (1).

Que s'était-il passé au juste ? Il est bien difficile de le préciser d'une manière formelle. Dans tous les cas, le rapporteur terminait ainsi : « Quant à la peine à infliger, comme il ne s'agit que d'une question d'intérêts, d'une question de gros sous, passez-moi l'expression, le mot d'exclusion n'a été prononcé que pour être immédiatement repoussé ; mais votre commission pense qu'un blâme est nécessaire pour

(1) Vers le début de la séance, le Président avait fait remarquer que le règlement ne prévoyait qu'une pénalité : l'exclusion. Il avait cru devoir proposer et ses confrères avaient accepté l'introduction d'un article ainsi conçu :

« Tout fait entachant l'honneur de l'homme ou compromettant la dignité de la profession et les égards qu'on se doit entre confrères, est un acte blâmable qui ressortit à la commission administrative.

« Les moyens d'action de cette commission sont :

« 1° Le blâme secret infligé par la commission et transmis aux intéressés par le Président ;

« 2° Le blâme public infligé par l'assemblée sur la proposition de la commission ;

« 3° L'exclusion prononcée, sur la proposition et le rapport de la commission, en Assemblée générale, au scrutin secret. »

que la chasse illicite aux services rétribués, chasse dont les engins sont les influences politiques ou autres, soit, dans la mesure du possible, à jamais proscrite de nos mœurs médicales. Or, contrairement aux conclusions de la commission qui avait été chargée d'étudier cette affaire délicate, et qui, peut-être avait eu connaissance, au cours de l'information qu'elle avait dû ouvrir, de faits qui ne s'écrivent pas, — pour laquelle dans tous les cas, il n'était pas absolument prouvé que le Dr P. eût commis de ces actes contraires à la dignité professionnelle, prévus par l'article 6, — contrairement aux conclusions de sa commission, la Société de l'Ain prononçait, le 28 juillet, l'exclusion du Dr P. par vingt-neuf voix, contre trois, et un bulletin blanc, sur trente-trois votants.

La seconde affaire, non moins irritante, avait trait aux deux médecins de l'hôpital de Belley que l'administration des hospices avait révoqués de leurs fonctions et remplacés par deux autres confrères.

La politique, malheureusement, avait tenu une grande place dans toute cette affaire et la polémique la plus violente s'était engagée entre les deux partis. Les épithètes de *radicaux*, de *frocards*, de *cléricaux*, de *radis politiques* et autres aussi gracieuses avaient été échangées dans la presse locale.

Et dès 1885, l'administration des hospices avait fait des tentatives pour modifier le fonctionnement du service médical confié à deux médecins et à deux adjoints. Elle aurait désiré que le service fût fait, à tour de rôle, par chacun des médecins de la ville, mais les titulaires se refusèrent à toute innovation parce que « c'était rompre avec une tradition consacrée par le temps ; c'était faire un affront gratuit aux titulaires qu'on semblait dénoncer ainsi comme incapables ou indignes ; enfin c'était prendre une mesure contraire à l'intérêt des malades ». Tels sont du moins les arguments mis en avant par le rapporteur, et dont nous aurons, plus tard, à examiner la valeur.

Nous laisserons de côté certains griefs qu'on avait mis en avant contre les deux médecins remplacés; les questions personnelles et absolument locales qu'ils soulèvent nous entraîneraient trop loin. Nous nous bornerons à dire que la discussion avait été portée sur un terrain mauvais; que, de part et d'autre, les passions avaient été violemment surexcitées ; des injures et des accusations graves avaient été lancées. Aussi, après la lecture du rapport concluant à la radiation des cadres de la Société des médecins de l'Ain des deux confrères qui avaient accepté la succession de ceux que la commission d'administration des hospices avait dépossédés, le scrutin a donné le résultat suivant :

Votants	33
Pour l'exclusion	27
Contre l'exclusion	4
Bulletins blancs	2

Tels sont, résumés aussi succinctement que possible, les deux faits graves qui ont signalé la réunion de l'Association des médecins de l'Ain. Ils soulèvent des questions de principe d'une importance capitale, entre autres, celle des rapports des médecins avec les commissions administratives des hospices. Elle a été traitée par notre honorable confrère, le Dr Lardier, président du syndicat médical des Vosges, dans une étude insérée dans le numéro 5 du *Bulletin médical des Vosges*, et dans un article fort intéressant qui a été publié dans le no 43 du *Concours médical*. Elle va venir en discussion devant la réunion des délégués des yndicats médicaux, le 13 novembre. C'est la seule que nous voulons retenir aujourd'hui.

Bien des écrivains ont proposé des solutions diverses ; mais tous reconnaissent que la situation actuelle est mauvaise et laisse la porte grande ouverte à des abus criants. Les uns voudraient que le médecin fût toujours nommé au concours ; les autres réclament en faveur des droits d'ancienneté ; d'autres, acceptant le roulement, voudraient que le service fût fait alternativement par tous les médecins de la localité ; l'immense majorité demande, et c'est justice, que le *corps médical* soit *représenté* dans les commissions administratives des Hospices ; tous enfin désireraient que les fonctions de médecin d'Hôpital fussent soustraites aux caprices de la politique et aux influences d'un favoritisme aveugle.

Tout cela est fort bien ; mais il ne faut pas perdre de vue qu'il s'agit ici, plus particulièrement, des localités d'une importance secondaire où les moindres difficultés grandissent bien vite dans des proportions considérables. Sans doute, le Concours serait souhaitable, et, en principe, c'est le système auquel nous donnerions la préférence; mais, s'il est d'une application facile dans les grands centres tels que Paris, Lyon, Marseille, Bordeaux, etc., etc., il ne faut pas se faire illusion : dans l'immense majorité des petites villes possédant un hôpital, il ne saurait en être ainsi. Les concours seraient simplement de pure forme, et, partant, sans valeur, ou grotesques et, par suite, déplorables dans leurs résultats, car les *médecins* qui, depuis une dizaine d'années, au plus, se sont consacrés à la clientèle sont, en général, peu préparés à concourir, ce qui ne les empêche pas d'être d'excellents praticiens. Si les questions de doctrine leur sont moins familières qu'au sortir de l'Ecole, les difficultés avec lesquelles ils se sont trouvés aux prises, et qu'il a bien fallu aborder en face, leur ont donné cette expérience des malades et des maladies qu'on ne saurait trop apprécier et qui les fait rechercher dans la clientèle.

Peut-être serait-ce un moyen d'attirer, vers les petits centres, de jeunes médecins instruits récemment pourvus d'un diplôme, qui seraient encouragés par l'espoir d'obtenir une situation qui les mettrait tout de suite en relief et leur ferait espérer un prompt acheminement vers la fortune. Hélas! combien, le plus souvent, il faudrait en rabattre ! Les médecins sont déjà trop nombreux, dans beaucoup d'endroits, et fréquemment, le nouvel arrivé, tout en rognant la part de ses confrères, n'arriverait lui-même qu'à de bien minces résultats. Et puis, au point de vue de la bonne confraternité, n'y aurait-il pas, le plus ordinairement, des dangers sérieux, conséquence forcée de froissements inévitables ? Donc, soit qu'on se place au point de vue de l'intérêt des malades, et c'est bien le principal objectif, soit qu'on s'en tienne au point de vue plus restreint des relations confraternelles, dans les localités qui, au point de vue de l'importance, ne sont pas une exception, le concours doit être rejeté.

Ce mode de nomination éliminé, quel est celui auquel on devra donner la préférence ?

L'ancienneté, disent les uns.— Mais jusqu'à quel âge devra-t-on figurer sur la liste des aspirants ? Car, enfin, je suppose qu'on voudra bien fixer une limite d'âge après laquelle on devra laisser la place à d'autres. Cette limite est fixée même dans les hôpitaux de Paris où les nominations sont faites au concours. Bien plus, dans certaines localités où le concours

existe aussi, la durée des fonctions est limitée à un certain nombre d'années après lesquelles les titulaires sont admis à l'honorariat. Et puis quels seront les confrères qui devront figurer sur la liste de roulement ? Tous ? C'est impossible ; car, malheureusement, il se rencontre encore un trop grand nombre d'indignes. — En outre, ce système a un autre inconvénient : il pourrait appeler à la tête d'un service chirurgical un officier de santé qui ne doit, de par la loi qui nous régit et qui malheureusement ne paraît pas sur le point d'être modifiée, faire aucune opération chirurgicale importante sans l'assistance d'un docteur. Or, voyez-vous les agréments d'une semblable situation ? — Ou bien encore, il pourrait se faire que les circonstances appelassent, pour ce même service, un docteur qui n'aurait pour la chirurgie que de médiocres aptitudes. Refuserait-il d'accepter ? En conscience, il le devrait. Mais son amour-propre, son intérêt personnel, sont en jeu, et il est malsain de mettre ces sentiments trop humains en conflit avec le devoir.

Le système qui consisterait à conférer les places vacantes aux plus anciens médecins de la localité offrirait donc, lui aussi, de graves dangers, et ici je ne fais pas de distinction entre l'ancienneté créée par la résidence ou par la date de réception.

Le roulement vaut-il mieux que les systèmes précédents ? Ici encore se présentent, en grande partie, les objections qui ont été faites à la nomination par droit d'ancienneté, et sur lesquelles il est inutile de revenir. Malgré cela, nous devons avouer que nous connaissons un certain nombre de petits hôpitaux où ce système fonctionne à la satisfaction des médecins et des malades. J'ai constaté qu'au lieu de cette négligence signalée par M. Juillard, dans le rapport à la suite duquel la société de l'Ain a exclu deux de ses membres, négligence, dit-il, qui se montrerait aux époques des mutations, les changements, au contraire, se faisaient dans les meilleures conditions, chacun mettant un certain amour-propre à livrer à son successeur un service irréprochablement tenu ; mais nous reconnaissons volontiers que ce procédé ne peut être appliqué que d'une manière tout à fait exceptionnelle, dans les localités, par exemple, qui ne possèdent que deux ou trois médecins.

Le concours ne pouvant être pratiqué partout, et les autres modes de nomination ne nous paraissant pas sans inconvénients graves, est-ce à dire que nous trouvions qu'il n'y ait rien à changer dans le système actuellement en usage ? Loin de là, nous croyons, au contraire, que des modifications importantes doivent y être introduites.

L'intérêt des malades doit être notre loi suprême. (J'espère que personne ne me contestera cet axiome). Nous devons donc, avant tout, nous préoccuper de leur procurer des médecins recommandables non seulement par leur science, mais encore par leur probité, leur honorabilité, leur moralité incontestable. Or, les commissions administratives qui proposent, et les préfets qui nomment, ne sont pas les meilleurs juges en ces matières souvent délicates. Il y a des nuances dans l'honnêteté professionnelle que le public extra-médical saisit mal : comme première garantie : j'exigerais donc que le médecin à nommer fît partie d'une des sociétés professionnelles de la région. Et comme ces sociétés sont, à tous égards, autrement compétentes que les commissions administratives, je demanderais qu'elles dressassent la liste sur laquelle celles-ci auraient à faire leur choix.

De cette façon, l'intérêt des malades serait sauvegardé ; la dignité professionnelle serait respectée et les commissions administratives conserveraient une indépendance à laquelle elles tiennent et que, quoi que nous fassions, on n'est pas sur le point de leur supprimer.

Mais nous n'aurons pas empêché, nous objectera-t-on, les conflits de surgir et les commissions administratives de poursuivre, sous un vain prétexte, la révocation d'un médecin nommé par elles ou par celles qui les auront précédées. Assurément des conflits seront inévitables, et, la politique et les passions locales aidant, des difficultés très sérieuses pourront survenir. Aussi, après avoir assuré au malade toutes les garanties désirables dans le choix du médecin appelé à lui donner des soins, voudrions-nous mettre celui-ci à l'abri des caprices ou des animosités mesquines de tyranneaux que sa présence à l'hôpital pourrait gêner. La présence de l'un des médecins au sein de la commission administrative, réclamée par M. Lardier, me paraît être une des garanties nécessaires à accorder au corps médical. De plus, pour les motifs invoqués plus haut, je voudrais que les différends — il faut toujours en prévoir — entre médecin d'hôpital et commission administrative fussent soumis au bureau des sociétés professionnelles locales. L'administration supérieure tiendrait, j'en suis certain, le plus grand compte des appréciations formulées par des hommes compétents, et dont les suffrages de leurs confrères attestent l'impartialité et l'honnêteté.

Les mêmes garanties pourraient être exigées, et les mêmes procédés pourraient être appliqués, pour la nomination à toutes les places administratives qui sont des places de faveur. Le favoritisme ne serait point totalement supprimé (on ne le supprimera jamais complètement, hélas !) mais il serait réduit au minimum. La dignité du corps médical serait respectée, et, au point de vue social, un progrès réel serait incontestablement accompli.

Si nous avions à formuler la série d'articles que nous désirerions voir introduire dans les règlements hospitaliers, nous dirions :

1° Les services d'hôpital, ainsi que tous les autres services médicaux publics, salariés ou non, ne peuvent être occupés que par des Français.

2° Les places qui ne sont pas attribuées au Concours, ne pourront être accordées qu'à des médecins faisant partie de l'une des Sociétés professionnelles de la région (Association ou Syndicat).

3° Quand un emploi sera vacant, le bureau de la Société professionnelle locale consulté, dressera une liste de présentation composée de médecins de la localité inscrits sur les registres. Cette liste portera un nombre de candidats double au moins, triple au plus, du nombre de places à accorder. Les administrations devront faire leur choix sur cette liste.

4° En cas de conflit entre l'autorité administrative et un médecin chargé de service, le conflit devra être soumis au bureau de la Société professionnelle locale qui donnera, par écrit, son avis motivé.

5° La révocation d'un médecin chargé de service ne pourra être prononcée que pour des faits entachant l'honneur de l'homme, ou pour manquement grave à ses devoirs. Elle sera prononcée par le préfet, mais ne deviendra définitive qu'après approbation du ministre compétent.

6° Le médecin d'un hôpital ou le plus ancien d'entre eux, s'ils sont plusieurs, fait *de droit* partie de la commission administrative de l'hospice.

7° Les médecins ou chirurgiens des hôpitaux sont nommés pour cinq ans. Leur mandat peut être renouvelé.

8° Les médecins, après soixante-cinq ans, les chirurgiens, après soixante, sont, de droit, mis à la retraite.

Union des Syndicats de Seine-et-Oise.

Procès-verbal de la séance du 29 Mai 1887.

L'Union des Syndicats de Seine-et-Oise a tenu sa deuxième réunion le dimanche 29 mai, à Paris.

Tous les syndicats du département étaient représentés par un ou plusieurs membres de leur bureau.

Etaient présents :

Le Dr Laurent, pour l'Association des médecins de Versailles.

Les Drs de Fourmestreaux et Darin, pour le syndicat de l'arrondissement de Versailles.

Les Drs Leroy, Bibard, Rousseau, pour le Syndicat de l'arrondissement de Pontoise.

Les Drs Saint-Martin et Surbled, pour le Syndicat de l'arrondissement de Corbeil.

Le Dr Gauthier, pour le syndicat du Vexin.

Les Drs Diard et Camescasse, pour le Syndicat de l'arrondissement de Rambouillet.

Le Dr Vivier, pour le Syndicat de l'arrondissement d'Etampes.

La séance est ouverte à quatre heures, sous la *présidence du Dr Leroy, nommé président provisoire à la première séance.*

La Réunion fixe son ordre du jour ainsi qu'il suit :

1° *Election d'un bureau définitif.*

2° *Commission pour la réorganisation du service médical gratuit et accessoirement service d'Inspection des enfants en nourrice.*

3° *Question posée à l'Union par le Dr Vivier.*

1° Les élections pour la constitution d'un Bureau définitif ont donné le résultat suivant :

PRÉSIDENT : Dr Leroy (de Villiers-le-Bel).

VICE-PRÉSIDENT : Dr De Fourmestreaux (de Trappes).

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER : Dr Rousseau, (de Monsoult).

2° Sur le fond même de la question, la réunion maintient et confirme les conclusions adoptées dans la première séance. Elle confirme notamment sa résolution de défendre les principes suivants comme base et but principal des revendications du corps médical, à savoir : 1° Décentralisation du service médical des indigents qui sera organisé dans la commune. — 2° Paiement intégral par chaque commune des visites faites à ses indigents, avec une réduction de 50 0/0 sur les prix ordinaires adoptés pour cette commune.

Il est voté l'adjonction suivante à la 8e conclusion du procès-verbal de la première réunion : La liste des indigents ne sera pas fermée à la fin de l'année, et les modifications à apporter à cette liste, dans le courant de l'année, se feront d'accord avec les médecins. »

En ce qui concerne le Service d'Inspection des enfants, l'Union maintient et confirme simplement les conclusions du dernier procès-verbal. Elle décide, en outre, que les médecins inspecteurs devront dès à présent cesser d'envoyer les bulletins de visite multicolores, et n'inscrire leur visite que sur le carnet de la nourrice.

3° Sur la question d'un ordre tout particulier posée à l'Assemblée par le Dr Vivier, secrétaire du Syndicat d'Etampes; l'Union émet, *à titre de simple avis*, une opinion favorable à la conduite adoptée par le Syndicat de l'Arrondissement d'Etampes.

4° Avant de se séparer, l'assemblée vote les articles suivants relatifs à l'organisation de l'Union des Syndicats de Seine-et-Oise :

a. Pour subvenir aux frais de l'Union, chaque Syndicat adhérent fournira une cotisation annuelle de 10 francs.

b. Les séances de l'Union auront lieu une fois par an, le dernier dimanche de mai, sauf convocation d'urgence par le bureau.

c. Il est décidé en principe qu'il n'y aura pas de banquet.

Le Président, Dr LEROY. *Le Vice-Président*, Dr DE FOURMESTREAUX. *Le Secrétaire-Trésorier*, Dr TH. ROUSSEAU.

Un nouveau Syndicat.

SYNDICAT DE SIDI-BEL-ABBÈS.

Nous donnons ci-dessous les noms des membres du bureau du nouveau syndicat que viennent de former les médecins de l'arrondissement de Sidi-Bel-Abbès. Dans un prochain numéro, nous ferons connaître les statuts de ce syndicat.

Président, Dr FABRIÈS.
Vice-Président, Dr BERNARD.
Secrétaire-trésorier, Dr LE LIÈVRE.

ADHÉSION A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr RAYBAUD, à Nice, présenté par le docteur Lambert (de Nice).

M. le Dr MONNET, à Arcis-sur-Aube, présenté par le docteur Faille (de Fismes).

NOUVELLES

M. le Professeur Trélat, et le Dr Barette, son chef de clinique, sont rentrés la semaine dernière de leur voyage scientifique en Orient.

Nos confrères ne se sont pas ménagés pendant leur séjour à Constantinople et ils ont voulu tenir haut le drapeau de la chirurgie française. M. Trélat a pris successivement la parole à la Société de médecine et au Sylloque Hellénique. Sa conférence sur la Méthode antiseptique était applaudie par plus de 1,200 auditeurs. M. Barette a pris la parole à l'Ecole de médecine militaire de Stamboul sur l'Antisepsie dans la chirurgie de guerre.

Sa Majesté le Sultan a voulu laisser à nos confrères un souvenir de leur passage ; la veille du départ il a fait remettre à M. le professeur Trélat les insignes de la 3e classe (commandeur) du Medjidié, et à M. Barette ceux de la 4e classe (officier) du même ordre.

— Le Dr H. PICARD a commencé le vendredi 21 octobre, à 5 heures, 13, rue Suger, un cours public et gratuit sur l'analyse des urines, et le continue tous les lundis et vendredis à la même heure.

— M. le Dr E. DESNOS, ancien interne des hôpitaux, commencera, à l'Ecole pratique, son cours sur les affections de l'urèthre et de la prostate, le vendredi 11 novembre, à 5 heures. Il les continuera les lundis et vendredis suivants.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André, 3.

Neuvième année **No 46** 12 Novembre 1887

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU CONCOURS MÉDICAL

le 13 novembre 1887.

Ordre du jour.

I. Rapport du Directeur. Exposition de la situation de la Société ;
II. Exposition de la situation financière ;
III. Exposé des travaux de l'année ;
IV. Assurances contre la maladie ;
V. Caisse des pensions de retraite ;
VI. Comité de protection des pupilles du corps médical ;
VII. Révision des statuts de la Caisse de Prévoyance des assurés sur la vie ;
VIII. Affectations diverses et budget ;
IX. Discussion des propositions des membres du *Concours médical*.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'UNION DES SYNDICATS

le 13 novembre 1887.

Ordre du jour.

I. Allocution du Président ;
II. Situation financière et budget ;
III. 1o *Projet de création de l'ordre des médecins ;*
2o *Exercice de la médecine civile par les médecins militaires ;*
3o *Les médecins des hôpitaux et les commissions administratives ;*
4o *Assistance médicale. — Médecine des indigents ;*
IV. Propositions diverses.

Nota. — L'Assemblée générale aura lieu, à *l'Hôtel du Lion-d'Or*, rue du Helder, le dimanche 13 novembre, à 2 heures précises, et le *Banquet* à 6 heures.

LA SEMAINE MÉDICALE

Une importante cérémonie vient d'avoir lieu à Tours : l'inauguration d'un monument élevé à la mémoire de Bretonneau, de Velpeau et de Trousseau.

L'initiative de la souscription qui a permis de rendre cet hommage aux trois grands hommes de Tours avait été prise par l'Association médicale d'Indre-et-Loire sur la proposition du Dr Louis Thomas.

Au milieu d'une nombreuse assistance, on comptait, outre les professeurs de l'École et beaucoup de représentants du corps médical tourangeau, huit professeurs de la Faculté et plusieurs médecins des hôpitaux de Paris.

Les discours prononcés par M. Duclos, professeur à l'École de Tours, par MM. les professeurs F. Guyon et Peter ont été remarquables tous trois.

Vergetures du thorax chez un phthisique (1).

M. *Troisier* a observé des vergetures sur la peau de la partie latérale du tronc et au niveau du genou chez un phthisique de son service. Cet homme eut une tuberculose pulmonaire commune qui évolua en dix-huit mois. Ce ne fut qu'un mois après l'entrée du malade à l'hôpital que les vergetures furent constatées par hasard ; on ne peut donc préciser l'époque de leur apparition ; mais, comme elles étaient violacées, on peut affirmer qu'elles étaient récentes encore. Le malade étant mort, on ne trouva à l'autopsie que des lésions pulmonaires banales, adhérences du lobe supérieur du poumon droite, caverne dans le sommet opposé au côté des vergetures ; pas traces d'épanchement, ni de pneumothorax. On peut donc écarter comme ex-

(1) Société médicale des hôpitaux, 28 octobre.

plication pathogénique celle qui invoquerait la distension du thorax comme M. Gilbert l'a dit récemment à propos d'un cas de vergeture du thorax chez un malade ayant eu une pleuro-pneumonie. — Admettra-t-on l'idée d'un trouble trophique, comme l'a fait Thaon, qui avait observé des vergetures parallèles aux espaces intercostaux et voyait dans cette disposition une relation avec une névrite de ces nerfs ? M. Féré a bien signalé des vergetures chez certains névropathes, sur la région lombaire, mais sans nier qu'il pût y avoir là une simple coïncidence. Le malade de M. Troisier n'avait ressenti d'ailleurs aucune douleur intercostale ; chez lui, la sensibilité de la peau était normale au niveau des espaces.

L'examen histologique pratiqué par M. Troisier, de concert avec M. Ménétrier, a permis de constater les lésions suivantes. L'épithélium, normal d'aspect, était peut-être un peu aminci. Les faisceaux du tissu fibreux du derme, au lieu de former comme à l'ordinaire un réseau, étaient disposés en bandes parallèles réunissant comme un pont les deux bords de la vergeture. Les lésions les plus dignes d'attention portaient sur le tissu élastique ; le réseau élastique semblait avoir été étiré ; quelques fibres étaient cassées, revenues sur elles-mêmes, comme ayant quitté leurs points d'attache pour se recroqueviller vers les bords de la vergeture. En résumé, la lésion de la peau se résume en un étirement des fibres lamineuses et élastiques. Des recherches faites comparativement sur les vergetures vulgaires des seins et de l'abdomen chez les femmes après la grossesse ont montré à M. Troisier et à M. Ménétrier que les lésions sont les mêmes. Hebra et Kaposi ont donc tort de décrire les vergetures comme résultant d'atrophie de la peau.

La science ne possédait encore que trois observations de vergetures du thorax. Celle de Thaon, publiée en *1880* à la Société clinique, mentionne que les vergetures se trouvaient chez un phthisique, du côté opposé à un pneumothorax ; aussi l'auteur propose-t-il une théorie trophique. Celle de Gimbert, de Cannes (Soc. clinique. 1886), pneumothorax aussi, mais vergetures du même côté, ce qui conduit l'auteur à admettre la distension. Enfin, celle de Gilbert (1887), qui admet aussi la distension chez un malade ayant eu une pneumonie avec pleurésie du côté opposé aux vergetures.

Vergetures consécutives à des syphilides secondaires. (1)

M. *Balzer* communique deux observations de vergetures consécutives à des syphilides secondaires. Cette lésion a déjà été signalée dans la syphilis. M. Fournier en a fait même mouler un exemple qui se trouve au musée de Saint-Louis. C'est à Lourcine que M. Balzer a recueilli les deux cas suivants.

Une fille de 17 ans entre à l'hôpital avec des accidents syphilitiques secondaires, plaques muqueuses ; elle a fait, quinze jours auparavant, une fausse couche de cinq mois. Sur l'abdomen, les cuisses et les fesses se voient des vergetures allongées parallèles, évidemment attribuables à la grossesse. Mais en outre, sur les épaules, la nuque, la poitrine se voient d'autres vergetures de forme irrégulière, quelques-unes striées, et toutes correspondantes aux points où existaient des syphilides papulo-squameuses. Le doigt passant sur la peau à ce niveau perçoit une cupule, une lacune dans le derme. — Quel rôle convient-il de faire jouer à la grossesse et à la syphilis dans la pathogénie de ces vergetures ? La première a dû certainement avoir une influence, mais les syphilides ont aussi pu amoindrir la résistance du derme dans ces points. La grossesse engendre certainement des troubles trophiques, ainsi l'adiposité, la pigmentation.

Dans la seconde observation, il s'agissait d'une fille de 22 ans, n'ayant d'autres antécédents qu'une variole à 8 ans et une grossesse normale à 17 ans. Elle contracta la syphilis à 18 ans ; parmi les accidents secondaires se montrèrent des syphilides papulo-squameuses au niveau desquelles se sont manifestées ultérieurement des dépressions analogues aux vergetures. Au moment de son entrée à l'hôpital, cette malade est enceinte de sept mois ; elle a des varices, des ulcérations syphilitiques, de la pigmentation syphilitique du cou. Outre les vergetures qu'a laissées sa première grossesse, on en remarque chez elle un très grand nombre dans les points les plus divers : sur le dos, sur le cou, dans les régions sous-claviculaires, sur la face même, sur les bras et les avant-bras, sur les cuisses et les genoux, même au devant des rotules ; les unes sont arrondies, d'autres ovalaires ou elliptiques, plus ou moins saillantes, mais dépressibles. Toutes ces vergetures siègent en des points où, suivant les affirmations positives de la malade, ont existé des boutons rouges, durs, lisses qui ont desquamé, c'est-à-dire des syphilides papulo-squameuses.

Cette communication a donné lieu à la discussion suivante.

M. *Millard* a toujours vu et enseigné que presque toutes les syphilides papulo-squameuses laissent des traces cicatricielles de leur passage ; mais il n'a jamais songé à considérer ces traces comme des vergetures. L'expression lui semble nouvelle, mais non le fait.

M. *Balzer* : On ne peut assimiler les lésions en question à des cicatrices, puisqu'on n'y trouve pas de tissu cicatriciel, inodulaire ; il s'agit bien de vergetures, elles diffèrent seulement par leur forme et leur étendue de celles de la grossesse.

M. *Lailler* pense qu'il faudrait d'abord définir ce qu'on doit entendre par le mot de vergeture. Quant aux traces que laissent les éruptions papulo-squameuses, elles ne persistent pas en général plus de quinze mois à deux ans.

M. *Troisier* croit qu'on pourrait trouver la base d'une définition des vergetures dans les lésions histologiques qu'il vient de décrire tout à l'heure.

M. *Lailler* se demande si on peut considérer la présence du tissu inodulaire comme la condition *sine qua non* d'une cicatrice. Il y a des gommes

(1) Société des hôpitaux.

qui peuvent guérir sans qu'il y ait une perte de substance dont la réparation nécessite la formation de tissu cicatriciel.

M. *Balzer* : Ce dernier ne manque jamais dans les gommes qui se sont caséifiées. Mais, si les éléments exsudés sont repris par résorption, il n'y a pas de perte de substance à combler ; par suite, pas de tissu cicatriciel. Il ne voit pas quel nom on peut donner aux lésions qu'il a décrites si on repousse celui de vergeture.

M. *Merklen* dit que le nom de *macules atrophiques* a été employé par M. Fournier.

Cas intérieurs de fièvre typhoïde à l'hôpital Beaujon.

M. *Fernet* raconte que, dans un service de chirurgie de l'hôpital Beaujon, quatre cas intérieurs de fièvre typhoïde se sont montrés en quinze jours ou trois semaines. Un cinquième cas s'est déclaré chez une femme du service d'accouchements. M. Fernet a examiné comment ces cas avaient pu se produire, et voici l'explication qu'il a trouvée. Dans chaque salle se trouvent trois robinets : un d'eau chaude, deux d'eau froide. De ces deux, l'un amène l'eau de la Seine après qu'elle a traversé dans l'hôpital un filtre composé d'éponge, de sable et peut-être de charbon ; l'autre amène l'eau de source de la Vanne non filtrée, mais que l'on considère en général comme pure et dont l'Administration prescrit l'emploi comme eau potable. M. Fernet s'est assuré que, pendant ces derniers mois, la distribution d'eau de Vanne n'a jamais été interrompue dans le VIII[e] arrondissement où se trouve l'hôpital Beaujon ; mais un infirmier lui a dit que plusieurs de ses camarades, et probablement aussi certains malades, préféraient comme boisson l'eau de Seine, parce qu'ils la trouvaient plus agréable au goût et qu'elle sort d'un robinet plus commode à manier. Or, le filtre que cette eau traverse, suffisant pour la clarifier, est incapable d'arrêter les germes pathogènes. M. Fernet appelle l'attention de l'administration sur cette question.

M. Millard dit que le conseil de l'Assistance publique se préoccupe depuis longtemps de la filtration de l'eau dans les hôpitaux, mais qu'elle soulève de grosses difficultés financières.

M. Lailler reconnaît que c'est une question délicate à résoudre. Il n'y aura jamais assez d'eau de source pour qu'on supprime l'emploi de l'eau de Seine dans les salles pour les lavages. Dans son service, il a résolu dans une certaine mesure la difficulté en faisant écrire au-dessus du robinet d'eau de Seine : « *dangereuse à boire* », et il exige que l'on ne donne à ses malades que de l'eau préalablement bouillie.

MÉDECINE PRATIQUE

Les albuminuries transitoires

(*Albuminurie d'origine nerveuse. — Albuminurie intermittente et cyclique des jeunes sujets*).

Le temps n'est plus où l'albuminurie était considérée comme un symptôme toujours grave, indice assuré d'une maladie rénale. Nous savons maintenant combien il est fréquent de déceler avec des réactifs très sensibles, d'une façon intermittente, des traces plus ou moins accentuées et même des quantités pondérables d'albumine dans l'urine, sans que le malade ou le médecin aient lieu de concevoir de trop vives alarmes.

Les albuminuries passagères avaient déjà attiré l'attention du grand Bright, qui les a signalées dans ses *Gulstonian Lectures* sans s'expliquer suffisamment sur leur cause et leur signification.

Gubler a montré la fréquence de l'albuminurie passagère dans certaines maladies fébriles, dans la typhoïde surtout. Mais la question des néphrites infectieuses dont M. Bouchard nous a appris l'existence, modifie la signification des albuminuries des fièvres.

Les albuminuries liées à des troubles chroniques de la nutrition, primitifs ou consécutifs à des troubles fonctionnels du tube digestif, du foie ou de la peau, ont été étudiées par Bouchard, Lecorché, Sénator, Semmola. M. Capitan a consacré une monographie fort remarquée aux albuminuries transitoires et à la discussion des albuminuries physiologiques.

I

L'influence du système nerveux sur la production de l'albuminurie a fait l'objet de la thèse de M. Michel, en 1885. L'auteur a montré que l'histoire des albuminuries transitoires d'origine nerveuse ne date pas d'hier. Carraud (1813), Marie de Saint-Ursin (1816), ont cité les émotions morales vives et les mouvements passionnels comme cause d'albuminurie. Sandras a repris la question en 1855 plus scientifiquement. On signale ensuite l'albuminurie dans la paralysie générale (Rabenau), l'alcoolisme (Furstner), le tétanos (Kussmaul). Perroud (de Lyon) a noté l'albuminurie transitoire dans la myélite dorso-lombaire, Gubler dans l'hémiplégie alterne. Liouville (1873) parle de l'albuminurie dans les lésions de la protubérance. Fisher (de Prague) la rencontre dans la commotion cérébrale, Ollivier dans l'apoplexie grave (1874), Teissier (de Lyon) expose au Congrès du Havre (Assoc. pour l'avancement des Sciences (1877), des faits très caractéristiques de l'influence du système nerveux encéphalique et sympathique sur l'albuminurie. Il affirme que les phénomènes nerveux qui se rencontrent au début de certaines néphrites peuvent précéder de longtemps l'albuminurie, dont ils sont la cause et non l'effet. Comme témoignage de l'irritation des nerfs qui président à la sécrétion urinaire, il cite l'alternance chez certains malades de l'albuminurie, de la glycosurie et de la phosphaturie.

C'est sous l'inspiration du professeur lyonnais que Michel a composé son travail, en prenant pour base de nombreuses observations recueillies par lui chez des malades atteints de maladies du système nerveux, et répartis en six groupes : atrophie-musculaire progressive, ataxie locomotrice, névropathie

et neurasthésie, hémiplégie, myélite, péri-encéphalite. L'auteur se demande si l'albuminurie transitoire observée chez ces divers malades n'a pas des caractères spéciaux. Il passe en revue les méthodes d'examen les plus connues ; il reproche à l'acide nitrique de transformer à chaud l'albumine en acide xanthoprotéique, qui disparaît facilement si l'albumine est en faible quantité ; il reproche au réactif de Tanrot d'être trop sensible et de précipiter les urates si l'on ne fait pas agir la chaleur. Chez les goutteux et arthritiques peut-être, la muqueuse uréthrale, atteinte d'hypersécrétion glandulaire, fournit-elle assez de mucine pour troubler la réaction. Il faut encore se défier de la leucorrhée chez la femme comme capable de donner la réaction albumineuse de l'urine.

L'auteur cite une réaction intéressante qui est attribuée à un professeur de Yokohama (Japon) : « Versez un centimètre cube d'acide sulfurique pur dans un verre à expérience. Faites couler le long des parois et lentement un centimètre cube de l'urine à examiner, à laquelle on a ajouté préalablement quelques gouttes d'éther nitreux. Il se dégage immédiatement de la chaleur et, quand il y a des traces d'albumine, à l'intersection des couches de densités différentes se voit un disque transparent ou opaque. En même temps l'éther absorbe et dissout l'acide hippurique.

Si on emploie une quantité d'urine moindre que celle qui a été indiquée, l'acide sulfurique donnerait un précipité rouge. Cette réaction permet aussi de rechercher dans l'urine l'acide phénique, qui se manifeste par une belle couleur violette. »

En examinant les urines avec des réactifs très sensibles on parvient à déceler des traces d'albumine dans un grand nombre de circonstances dont quelques-unes sont purement physiologiques : repas copieux, travail cérébral quelque peu prolongé, veille fatigante.

Dans les maladies nerveuses, dans lesquelles M. Michel a recherché l'albumine, il croit pouvoir dire qu'il s'agit d'une albumine spéciale, distincte de celle des néphrites. Coagulation lente et quelquefois nulle par la chaleur, présence d'un disque verdâtre sous l'influence du réactif de Tanret ; précipité coloré qui paraît dû à des peptones ; quelquefois aspect pigmenté de l'albumine, qui semble produite par la coexistence de quantités anormales d'urochrome ou d'indican, sont autant de caractères qui tendraient à établir un rapprochement entre cette albuminurie et la leucomurie de Gubler, l'albuminurie dyspeptique d'Esbach. Michel relève aussi l'alternance de cette albuminurie avec une excrétion exagérée d'acide urique.

La durée de l'albuminurie transitoire des maladies nerveuses varie de quelques heures à cinq ou six jours pour cesser, puis reparaître successivement. Elle se distingue de l'albuminurie transitoire d'origine digestive, parce que celle-ci n'apparaît qu'après les repas.

Les quantités d'albumine sont peu considérables et elle est très rarement rétractile. Elle oscille en général autour de 0,40 centigrammes ; quand elle atteint 0 gr. 80 à 1 gramme, elle tend à devenir permanente et acquiert une importance pronostique plus grave.

Les observations ne concordent pas sur le moment de la journée où l'albumine se montre le plus abondante. Ce serait le matin pour Ultzmann, Lépine, Leube, Rooke, Sandby, Edlessen, Fuerbringer et Michel. Marcacci est d'avis opposé. Cet auteur affirme que l'exercice violent, et quelquefois même modéré, peut augmenter ou faire apparaître l'albuminurie. L'alimentation exerce certainement une influence sur l'albuminurie transitoire : celle-ci augmenterait après l'ingestion d'œufs, de vin et surtout d'alcool ; elle diminue au contraire avec les herbacés, il ne paraît pas que les substances amylacées soient aussi nuisibles que le feraient penser les expériences de Semmola.

L'influence nerveuse proprement dite est beaucoup plus puissante sur l'albuminurie que les erreurs alimentaires chez les malades atteints de maladies nerveuses.

L'exagération des contractures chez les hémiplégiques, les crises douloureuses chez les ataxiques, sont suivies de l'apparition ou de l'augmentation de l'albuminurie. Les émotions morales, les sentiments excessifs de joie ou de tristesse, les préoccupations et les rêves nocturnes agissent dans le même sens. L'action du froid ou du vent augmente l'albumine, il est probable que l'excitation des extrémités des nerfs cutanés réagit par l'intermédiaire des centres nerveux sur le vaso-moteur du rein.

Les albuminuries transitoires sont souvent accompagnées d'une excrétion anormale d'acide urique. D'autre part, on peut voir l'excrétion d'acide urique alterner avec la glycosurie, la phosphaturie et l'azoturie ; on s'est demandé si cet acide ne dériverait pas de l'albumine par un processus de fermentation analogue à celui qui donne naissance aux composés xanthiques (Danlos, article *albuminurie*, Dict. Jaccoud). On pourrait dire alors que l'albuminurie se prolonge sous une forme chimique différente quand elle est suivie d'une excrétion surabondante d'acide urique.

On a noté que les purgatifs légers donnés fréquemment font diminuer et cesser l'albuminurie en même temps que le cortège morbide qui l'accompagne. L'électricité sous forme de courants constants descendant le long de la moelle a produit souvent des effets aussi favorables.

Les malades qui dans le cours d'une maladie du système nerveux présentent de l'albuminurie éprouvent souvent pendant la durée de celle-ci certains symptômes, qui, bien que moins accusés que ceux qui accompagnent les néphrites, ont cependant une signification importante. Les malades se plaignent de céphalées fugaces, de mouches volantes, d'insomnie, de vertiges ; assez souvent ils accusent une sensation de lassitude, des douleurs lombaires, des troubles digestifs bizarres et irréguliers ; d'autres fois on note de l'oppression, l'irrégularité des battements cardiaques et des sensations alternatives de chaud et de froid.

Le prurit est fréquent et souvent insupportable. On sait que toutes les maladies dans lesquelles le sang transporte un produit anormal sont accompagnées de prurit. Outre le prurit, on constate parfois en même temps des éruptions érythémateuses ayant l'aspect du prurigo. On a cru trouver au moment des crises albuminuriques, la salive plus riche en matières albuminoïdes.

Le sang subit peut-être une diminution dans le chiffre de ses globules rouges.

Si on recherche quelle peut être la pathogénie des albuminuries transitoires d'origine nerveuse, on se heurte à la multiplicité des explications proposées par les physiologistes. — Suivant Vulpian, les lésions partielles de la moelle peuvent déterminer des constrictions ou dilatations vasculaires dans les régions qui sont en connexion nerveuse avec le segment médullaire lésé. Ainsi se produirait l'albuminurie dans la paralysie atrophique infantile et dans l'atrophie musculaire progressive myélopathique. — Schiff a démontré que les lésions des pédoncules cérébraux ou des couches optiques déterminent une dilatation vasculaire, qui conduit à l'albuminurie. La section du grand splanchnique chez le chien produit une congestion vaso-paralytique du rein avec albuminurie et polyurie.

D'autres — Stokvis (d'Amsterdam), 1878 — attribuent l'albuminurie à un trouble circulatoire qui modifie la pression dans les vaisseaux sécréteurs du rein. Ce trouble circulatoire pour Lécorché est une augmentation de pression, et l'albuminurie légère peut exister sans lésions des parois vasculaires.

Les opinions relatives à l'influence pathogénique des vaso-moteurs sur l'albuminurie peuvent se résumer ainsi : 1° il s'agit d'une paralysie des vaso-moteurs (Vulpian) ; 2° on doit admettre une excitation des vaso-dilatateurs (Cl. Bernard, Virchow, Schiff, Longet). Il ne faut pas oublier que Falkenstein et Bartels attribuent certaines albuminuries persistantes à une gêne de la circulation dans les veines par lésion du cœur droit, et que Vogel et Semmola mettent en cause une modification dans les propriétés dialytiques des membranes des vaisseaux sécréteurs ou dans la nature des albumines, devenues trop facilement dialysables par l'effet d'une modification chimique.

Michel, ayant entrepris des expériences comparatives, en conclut que beaucoup de lésions du système nerveux central (moelle, racines antérieures et postérieures, grand sympathique) peuvent produire l'albuminurie, mais que les lésions des nerfs périphériques (section des sciatiques, des nerfs des reins), ne la reproduisent pas en général. Cette albuminurie est-elle dyscrasique ou mécanique ? En faveur de la première hypothèse, on peut invoquer les qualités spéciales et les réactions particulières de l'albuminurie d'origine nerveuse, son alternance avec l'excrétion excessive d'acide urique et l'azoturie. Ces intermittences, au contraire, rendraient plus probable l'influence excito-motrice du système nerveux central sur sa production. Cette albuminurie ayant été observée en même temps que l'accélération du pouls et une certaine diminution de la pression sanguine, on se rapprocherait des conditions pathogéniques soutenues par Stokvis, Runeberg et Charcot.

Les albuminuries transitoires dans les maladies du système nerveux ne paraissent pas aggraver en général la marche de la maladie principale. Néanmoins elles méritent de fixer l'attention des médecins qui en doivent noter les apparitions, puisqu'on a observé des cas où l'albuminurie est devenue permanente.

Le traitement doit se préoccuper des altérations dyscrasiques et prévenir en même temps les troubles mécaniques de la circulation. Il est indiqué de calmer autant que possible l'irritabilité du système nerveux, par exemple en combattant les phénomènes douloureux, l'insomnie. On doit interdire les liqueurs fortes et les boissons excitantes (thé, café). On connaît les bons effets de la diète lactée, à la condition expresse que le lait soit bien digéré, c'est-à-dire ingéré à petites doses, à intervalles réguliers, sans jamais excéder 2 litres par jour. On diminuera l'usage des substances amylacées.

L'indication principale est d'activer l'oxydation de l'albumine mal oxydée ; inhalations d'oxygène, bains d'air comprimé, habitation dans un air vif et stimulant, frictions sèches, courants constants. Les eaux alcalines légères sont utiles.

L'exercice devra être très modéré. Les purgatifs ont, nous l'avons vu, une action salutaire, quand ils sont administrés à intervalles convenables.

II

Pavy a décrit, sous le nom d'albuminurie intermittente et cyclique, un état morbide, qui, d'abord considéré comme une rareté, paraît plus fréquent depuis que les recherches urologiques sont devenues plus familières aux médecins.

Le Dr Ernest Mareau publiait, dans la *Revue de médecine*, en octobre 1886, un cas soigneusement observé d'albuminurie intermittente chez un enfant de dix ans bien portant. Comme antécédents, ce jeune garçon comptait une laryngite striduleuse à un an, une coqueluche à cinq ans, une bronchite intense à sept ans, survenue à la suite d'une chute dans l'eau et suivie d'une fièvre typhoïde bénigne. Il n'avait jamais eu la scarlatine et était en bonne santé depuis trois ans. Nerveux et impressionnable, il accusait quelquefois tantôt un peu d'oppression, tantôt une céphalée légère, on lui trouvait aussi une certaine susceptibilité du larynx, de la constipation, la pâleur du visage et une dilatation pupillaire assez accentuée.

Le père, pharmacien, avait constaté un jour un gonflement léger des paupières chez son fils, et, bien que ce gonflement s'expliquât aisément, l'enfant venant de pleurer, l'analyse des urines fut faite et décela des traces légères d'albumine. Depuis lors, pendant onze mois, les urines furent analysées 521 fois ; 209 fois l'albumine fit défaut complètement, 193 fois on ne trouva que des traces insignifiantes d'albumine, c'est-à-dire un léger louche correspondant approximativement à 3 milligrammes par litre, 45 fois l'analyse en décela des traces nettes, de 2 centigr. à 30, 40, 60 centigr. et même une fois, 2

grammes par litre. Dans le cours des onze mois l'enfant eut une rougeole qui n'augmenta ni ne diminua la fréquence et la quantité de l'albuminurie.

Les conclusions par lesquelles M. Mareau a terminé l'observation qu'il a prise avec tant de soin sont qu'il existe des albuminuries de nature inconnue, compatibles avec l'état de santé. Ces albuminuries ont pour caractère d'être intermittentes ou transitoires et de n'avoir jamais ou que très rarement une teneur élevée en albumine. L'albuminurie intermittente du jeune garçon observé par M. Mareau se manifestait en proportion plus considérable après les repas qu'aux autres instants de la journée, et cette influence des repas était surtout accentuée pour les traces nettes d'albumine. Les traces insignifiantes d'albumine qu'on observait très fréquemment dans les urines émises au réveil étaient sans doute le résultat de l'influence des repas du soir, l'enfant n'ayant pas uriné entre son coucher et son réveil. La rougeole intercurrente a permis de constater que, pendant la période fébrile, l'enfant ne faisant plus de repas, l'albuminurie ne persistait guère qu'au réveil ; quand la convalescence se fut établie et qu'il put déjeuner et dîner, l'albuminurie augmenta aussitôt après les repas.

Il est bien entendu que dans l'urine de ce malade, qui contenait des dépôts abondants d'urate de soude et d'oxalate de chaux, on ne trouva jamais ni cylindres, ni épithélium canaliculaire, ni globules rouges. Nous regrettons que l'état du foie n'ait pas attiré l'attention de l'observateur. Nous avons fait connaître dans ce journal, en 1886, les idées si neuves de M. Bouchard sur l'albuminurie de cause hépatique, et il eût été bon de s'assurer que chez cet enfant cette variété devait être éliminée.

Cette observation très intéressante nous paraît rentrer dans la catégorie des faits sur lesquels a insisté M. le professeur Teissier (de Lyon), au congrès de l'Association pour l'avancement des sciences, à Grenoble, et tout récemment, dans le *Bulletin Médical*.

Les faits observés par M. Teissier sont relatifs à de jeunes sujets de 15 à 25 ans, de souche arthritique, chez lesquels on remarque à un moment donné de l'impressionnabilité, de l'éréthisme cardiaque, des troubles digestifs, une sensation fréquente de lassitude, d'inaptitude au travail.

Si dans ces conditions on examine les urines, on constate que celles du réveil ne contiennent pas d'albumine, tandis que, deux ou trois heures après le déjeuner de midi, on trouve constamment dans le verre à expérience, avec l'acide nitrique, un disque léger d'albumine qui se forme soit immédiatement, soit un peu plus tard, au-dessus de la zone des matières colorantes. Dans l'urine du soir, toute trace d'albumine a disparu. Cela se répète pendant des semaines, des mois, des années sans que la santé paraisse le moins du monde troublée. La quantité d'albumine est toujours très faible, il est rare qu'elle dépasse 0 gr. 50 par jour, une fois seulement M. Teissier en a trouvé 1 gramme. L'albumine n'était pas rétractile, sauf dans deux ou trois cas. M. Teissier signale encore la présence en excès des matières colorantes et des matières grasses dans l'urine. Dans les périodes où l'albumine n'existe pas dans l'urine, on a noté tantôt une excrétion exagérée de phosphates, le soir, tantôt une exagération notable de l'urée, le matin, presque toujours de l'oxalurie.

Les symptômes rencontrés chez les jeunes sujets qui présentent cette albuminurie intermittente et cyclique sont : 1° des troubles circulatoires ; palpitations, bouffées de chaleur à la face, sensation persistante de froid aux extrémités ou au contraire sensation de brûlure, mais jamais le phénomène du doigt mort. Les battements cardiaques sont rapides, impulsifs, toujours réguliers ; on n'a jamais trouvé de bruit de galops ni de souffle, attribuables à des lésions orificielles ou myocardiaques. La pression artérielle moyenne est normale ou abaissée.

2° Des troubles gastriques moins fréquents, vomissements, anorexie, spasme œsophagien, trois fois sur dix de la dilatation stomacale.

3° Surtout des troubles nerveux : apathie et fatigue constante, douleurs dans les jambes, crampes dans les mollets, rachialgie, céphalées, vertiges, tintements d'oreilles. M. Teissier insiste surtout sur un état névropathique intense, hypochondrie avancée, irritabilité du caractère, impressionnabilité extrême, pusillanimité extraordinaire.

On n'a jamais constaté de troubles oculaires ni de lésions du fond de l'œil. Trois fois sur dix malades, M. Teissier a noté une dermatose, érythèmes simples et fugaces, eczéma, urticaire. Sur ces dix malades, six suivis depuis 3 à 4 ans, ont guéri ; les autres sont encore d'observation trop récente pour que l'on puisse se prononcer.

M. Teissier conclut que l'albuminurie intermittente cyclique, ou *maladie de Pavy*, est une affection généralement bénigne, propre aux jeunes sujets, chez les ascendants directs desquels on trouve toujours la goutte ou le rhumatisme et un état de nervosité extrême. Cette influence constitutionnelle dominerait l'étiologie. Comme causes déterminantes on a pu invoquer tantôt des exercices violents, tantôt une émotion très vive.

Quant à la pathogénie du phénomène, M. Teissier avait été conduit d'abord à en rechercher l'explication dans un ralentissement de la nutrition, dans une lenteur toute particulière de la combustion des albuminoïdes ; il incline maintenant à l'attribuer à une suractivité fonctionnelle de la glande hépatique, le foie détruisant trop activement les globules rouges du sang, fabriquant en excès l'acide urique, l'urée et la graisse. Si on veut bien se reporter à un article que nous avons publié sur les albuminuries d'origine hépatique dans ce journal, en 1886, on verra que M. Bouchard a étudié et décrit avec grand soin des albuminuries d'origine hépatique ; mais il invoque au contraire une torpeur hépatique, c'est-à-dire une diminution dans l'activité d'une fonction trop peu connue, mais très importante du foie, celle de transformer les matériaux albuminoïdes venus du tube digestif en albumine assimilable.

M. Teissier garde d'ailleurs une grande réserve au sujet de la nature intime de l'albuminurie intermittente cyclique, il se contente de dire que cli-

niquement elle trahit un trouble fonctionnel symptomatique d'une dyscrasie naissante héréditaire, qui n'a pas encore pris sa direction définitive, mais qui lui paraît être la goutte.

Traitement : avant tout hygiénique, dirigé contre l'idée d'une évolution ultérieure de la goutte. Frictions stimulantes, usage de la flanelle, surtout dans l'abdomen et les reins, aération parfaite, climat d'altitude ou maritime, exercice modéré. Suppression de l'alcool dans l'alimentation journalière.

Suivant que les malades sont surtout faibles ou surtout nerveux, M. Teissier conseille dans le premier cas les préparations martiales, l'arsenic, les inhalations d'oxygène ; dans le second, grands bains tièdes et prolongés, hydrothérapie, mais avec une extrême prudence, M. Bouchard nous ayant appris que la douche, à elle seule, était capable de déterminer un certain degré d'albuminurie.

Quant au symptôme lui-même, M. Teissier le croit influençable suivant les cas par le tanin, le sirop iodo tanique, le benzoate de soude, les inhalations d'oxygène, et surtout l'alcool nitrique.

Dans le régime alimentaire, il donne la préférence à la volaille, au porc frais, au jambon (Potain) ; il proscrit absolument le poisson. Il ne conseille de lait qu'au repas de midi (celui qui est suivi d'albuminurie), tout en permettant à la fin du repas un petit verre de Bordeaux ou de Frontignan. Il recommande l'usage des œufs, qui, ainsi que l'ont montré Œrtel, Lœven, Mayer et lui-même, et contrairement à un préjugé répandu même parmi les médecins, diminuent plutôt la quantité d'albumine rendue.

Dans certains cas un traitement hydro-minéral aux eaux faiblement minéralisées dites sédatives du système nerveux, rendra des services.

P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Dette alimentaire et honoraires médicaux.

Le tribunal civil de la Seine vient de prendre une décision favorable au corps médical. Il a décidé que les enfants devant de par la loi *les aliments* à leurs parents, ils doivent de ce fait payer les honoraires du médecin qui a soigné ces mêmes parents.

La dette alimentaire spécifiée par l'art. 205 C. civ. ne comprend pas seulement la fourniture des aliments, mais aussi le logement, les vêtements, et nécessairement les soins à donner et les dépenses à faire en cas de maladie.

En conséquence, le médecin a une action contre le débiteur de la dette alimentaire, pour soins donnés au créancier, alors surtout que le débiteur a assisté aux visites sans formuler d'objection et sans prévenir qu'il se refuserait à payer la dépense.

Attendu que la dame R... prétend que si le docteur Peyrot a soigné sa mère, la veuve C..., il est venu sans qu'elle l'ait demandé et qu'elle n'a, en aucune façon, contracté envers lui une obligation de lui payer ses visites ;

Que la seule personne qui soit sa débitrice, c'est la veuve C..., et que, d'ailleurs, c'est à elle seule que jusqu'au jour de la présente instance, le docteur Peyrot s'était adressé ;

Mais attendu que la dame R... a reconnu que la veuve C... s'étant cassé le col du fémur en novembre 1881 à la suite d'un accident de voiture, fut soignée d'abord par le docteur Lorey, le médecin de la famille, puis par le chirurgien Peyrot que le docteur Lorey avait fait venir pour l'assister, à raison de la gravité de la fracture, du grand âge de la malade et de la compétence particulière du chirurgien ;

Attendu que la dame R... a également reconnu que sa mère, la veuve C..., n'avait pas de ressources, que c'était elle qui, d'habitude, la logeait, la nourrissait ; que c'était elle et ses enfants qui subvenaient à son entretien, la défrayaient de tout, et même lui servaient une petite rente de 400 francs pour ses menues dépenses ;

Attendu qu'en présence de cette reconnaissance formelle de l'obligation alimentaire, qu'elle *avait* assumée au regard de sa mère et que la loi, d'ailleurs, lui imposait, la demande du docteur Peyrot est bien fondée ;

Qu'en effet, la dette alimentaire spécifiée par l'article 205 du Code civil ne comprend pas seulement la fourniture des aliments, mais aussi le logement, les vêtements, et nécessairement les soins à donner, et les dépenses à faire, en cas de maladie : que la dame R..., ne donnant rien à sa mère en dehors d'un peu d'argent de poche, pour faire face à ses besoins, est donc tenue envers le médecin qui la soigne, comme elle le serait par exemple envers le fournisseur d'aliments ;

Que, dans ces divers cas, les dépenses ont le même caractère d'urgence, et s'imposent à la conscience des enfants ;

Attendu que la seule question à examiner par le tribunal est celle de savoir si la somme réclamée par le docteur Peyrot n'est pas exagérée, et est en rapport avec la situation de fortune de la dame R... ; qu'il suffit à cet égard, de considérer, d'une part, que la malade, âgée de près de 75 ans alors, a été complètement guérie d'une fracture du col du fémur, grâce à l'habileté bien connue du chirurgien ;

Attendu que la présente solution s'impose d'autant plus que la dame R... a laissé le docteur Lorey, son médecin habituel, faire venir le docteur Peyrot, sans formuler aucune objection, sans le prévenir qu'elle se refuserait à payer la dépense ;

Qu'en outre, elle a assisté aux visites du docteur Peyrot, sans avertir davantage ce dernier qu'il prodiguait ses soins à une personne hors d'état de le payer ;

Qu'à moins donc de supposer chez cette dame le calcul peu honorable dans sa situation de fortune de tromper les médecins, et d'abuser de leur science pour faire soigner sa mère sans avoir rien à débourser, on doit considérer qu'elle prenait alors envers eux l'engagement de les rémunérer ;

Par ces motifs,

Condamne la dame R... à payer au docteur Peyrot la somme de 1,000 francs pour les causes susénoncées.

TRAVAUX ORIGINAUX

Accidents nerveux chez un individu mordu par un chat enragé,

Par M. LADAME (de Genève).

O..., Jules, garçon coiffeur, âgé de 29 ans, marié, père de deux enfants, se présente le 2 juin 1887 à la Polyclinique de l'Université de Genève dont j'avais la direction en l'absence de M. le professeur Vulliet.

Né le 20 novembre 1858, à Grenoble (Isère), où son père exerce l'état de cordonnier, O... ne fut jamais malade dans son enfance, ni pendant sa jeunesse. Enrôlé pour le Tonkin, notre malade y fit un séjour de 31 mois. C'est à Saïgon qu'il fut atteint de fièvre typhoïde en 1879. Malade pendant près de quatre mois. Guérison complète. Au bout de ses cinq ans de service, en 1884, il revint au pays, bien portant, sauf une anémie persistante, assez prononcée qu'il avait conservée depuis sa convalescence.

Le 6 avril 1887, Jules O... fut mordu, à Grenoble, par un chat enragé, dans une chambre haute où il s'était rendu pour changer de linge. Le chat lui sauta d'abord à la main, d'où il le secoua, puis au dos et enfin sur la poitrine. Le malade saisit alors l'animal par le cou et l'étrangla, non sans peine, après l'avoir serré de toutes ses forces pendant longtemps. Toutes les morsures furent aussitôt cautérisées par un pharmacien de Grenoble. Le surlendemain, 8 avril au soir, le malade partait pour Paris, pour se soumettre au traitement antirabique de M. Pasteur. Il arriva le 9 au soir. Le lendemain, 10 avril, le quatrième jour après l'accident, il se rendit à l'Institut de la rue Vauquelin et reçut la première injection sous-cutanée par M. Roux, à onze heures du matin. Le chat étranglé apporté à Paris par le malade fut examiné à l'Institut Pasteur. La moelle inoculée à des lapins fit périr de rage ces animaux, sept jours après l'inoculation, d'après ce que raconte le malade. Le même jour, 10 avril, à 9 heures du soir, notre malade reçut sa seconde injection. Les jours suivants, deux injections par jour (les 11, 12, 13 et 14 avril), soit pendant cinq jours. Du 15 au 24 avril inclusivement, une seule injection journalière, le matin à 11 heures. Les inoculations se firent d'après la méthode habituelle sur les parois abdominales et sur les flancs.

Le septième jour du traitement (le 16 avril), un incident fâcheux se produisit. Pendant que O... attendait son tour, il vit tout à coup un de ses compagnons d'infortune changer de visage. C'était un Hongrois qui avait été mordu par un loup enragé; ses yeux s'injectent et il commence à avoir des mouvements convulsifs, il pousse des cris horribles et tombe en se roulant à terre. Enlevé aussitôt, on le transporte au premier étage d'où l'on entend longtemps encore ses cris. Le lendemain, il était mort. Cette scène impressionna beaucoup notre malade qui passa une nuit d'insomnie complète et fut pris à plusieurs reprises de sueurs et de tremblements de tout le corps. Il se remit cependant peu à peu et le reste de la cure se termina sans autre incident.

Le 25 avril, à minuit, il arrivait à Grenoble. Pendant tout le voyage il se sentit très mal, il était angoissé et inquiet. Je rêvais, nous dit-il, les yeux grands ouverts, j'avais des hallucinations de formes vagues, de figures indistinctes qui grossissaient de plus en plus et m'épouvantaient, puis se rapetissaient de même. Et cela recommençait à chaque instant. Les premiers jours de son retour à Grenoble se passèrent cependant très bien. Le soir du troisième jour, à sept heures et demie ou huit heures, après avoir mangé sa soupe, Jules O... fut soudain saisi d'un tremblement de tout le corps. Une inquiétude poignante s'empare de lui. Il sort angoissé et pris d'un besoin irrésistible de mouvement, il marche sans relâche, sans s'arrêter un instant et sans ressentir aucune fatigue jusqu'à deux heures du matin. Rentré à la maison, il se couche, mais sans pouvoir dormir. Le matin à cinq heures, après une insomnie complète, il repart, pris du même besoin de mouvement et marche de nouveau d'un pas fébrile et précipité, sans repos, jusqu'à onze heures du matin. Il se jette sur son lit où il trouve un peu de calme pendant quelques heures; mais il ressent dans ses membres et par tout le corps des élancements douloureux et il éprouve des sensations étranges. Il me semblait, disait-il, que j'étais couché sur un lit d'épines. Une amélioration sensible se produisit pendant tout un mois; puis le malade s'aperçut qu'il éprouvait une gêne excessive de la langue et de l'embarras pour prononcer certains mots, surtout les consonnes b et k. Cet embarras de la langue existe encore aujourd'hui, bien qu'à un degré beaucoup moindre. Jamais il n'a disparu complètement.

Le 27 mai, O... arrive à Genève, bien portant. Quelques jours après éclate une nouvelle crise très violente. Le malade se promène toute la nuit de 9 heures du soir à 5 heures du matin dans un état d'agitation extrême. Vertiges épouvantables, frémissements terribles toutes les fois qu'il approche de l'eau, d'une fontaine, etc. Le 2 juin, il se rend à la polyclinique où nous ne constatons aucun phénomène objectif (1). Les réflexes cutanés et tendineux ne sont point exagérés. Aucune douleur nulle part à la palpation. État saburral des voies digestives, langue chargée. Purgatifs salins. Le surlendemain 4 juin, l'état général s'est beaucoup aggravé, la surexcitation a augmenté. Pendant toute la nuit grande agitation. Hallucinations terrifiantes. Le malade voit et sent des chats et des chiens qui lui sautent dessus et le mordent. Dès qu'il sommeillait un peu, il sursautait, il se réveillait épouvanté par les hallucinations. Bromure de potassium, 1 gr. le matin et 1 gr. le soir. Amélioration pendant trois semaines. Le 29 juin une grande crise se déclare. Le malade éprouve à chaque instant des tiraillements dans les muscles du corps et des extrémités, ses bras et ses jambes sont agités par des secousses involontaires de plus en plus fortes, les mâchoires se serrent, la face se contracte. Il se sent serré aux tempes et il éprouve dans la gorge une sensation de plus en plus pénible d'étranglement. Secousses dans les parois du ventre et dans les côtés. Vertiges.

Cette crise dura pendant cinq ou six heures sans interruption. Nous prescrivons 3 gr. de bromure de

(1) L'observation a été prise avec M. le Dr Constantin, médecin-assistant de la polyclinique. Le 29 juillet, M. Constantin a revu le malade qui a présenté de rechef une crise semblable à celle du 2 juin, quoique moins violente et moins prolongée. Actuellement O... se trouve bien. Nous tiendrons les lecteurs du *Concours* au courant des nouveaux symptômes éventuels qui pourront survenir, et l'avenir nous apprendra peut-être s'il ne s'agit dans ce cas que de phénomènes purement névropathiques, ou si nous avons affaire à une hydrophobie véritable atténuée.

potassium à prendre en une dose le soir. La nuit est plus calme, quoique le sommeil ne vienne que vers le matin. Le réveil est mauvais, mais la journée du 30 juin un peu meilleure. L'inquiétude du malade n'est pas dissipée. Nous ajoutons au bromure une potion de chloral additionnée de quelques gouttes de laudanum. Le malade dort bien et le lendemain il se trouve soulagé. Dès lors l'amélioration marche rapidement; plus d'angoisses, plus de secousses ni de serrement des mâchoires et du cou. Le malade a repris son entrain habituel et son travail. L'appétit et le sommeil sont bons. Plus d'inquiétudes.

Le malade nous avoua plus tard qu'il avait lu des articles du Pr Pajot critiquant les inoculations de M. Pasteur et prétendant qu'elles n'avaient point d'efficacité et que cela l'avait beaucoup inquiété. Il est possible que les influences psychiques, la peur et surtout l'émotion violente causée par le spectacle de la crise du malheureux Hongrois, aient eu dans ce cas une part assez grande dans la genèse des manifestations nerveuses si graves que présenta notre malade. Quoi qu'il en soit, Jules O. est persuadé aujourd'hui que s'il n'avait pas suivi le traitement préventif de M. Pasteur, il serait mort de la rage.

Dr Ladame (de Genève).

VARIÉTÉS

L'autonomie des Facultés de province

On parle souvent de la nécessité d'encourager l'autonomie des Facultés de médecine provinciales. Rien ne nous semble plus désirable, mais il ne semble pas qu'on en prenne le chemin.

Le fait suivant, qui vient de nous être conté, n'est à cet égard que trop significatif.

La proposition avait été, paraît-il, soumise à la Faculté de Lille par l'initiative d'un de ses professeurs de demander la transformation de la chaire de pathologie interne en chaire de pathologie interne et *expérimentale*. A l'unanimité moins une voix, celle du parrain de la proposition, la Faculté avait repoussé celle-ci, en se basant sur ce que la nouvelle destination donnée à cette chaire n'aurait sa raison d'être que si, pour l'occuper, il existait à Lille un savant désigné d'avance par la nature spéciale et la valeur hors ligne de ses travaux, ce qui ne semblait pas être.

Quel ne fut pourtant pas l'étonnement du doyen d'apprendre un beau matin, par hasard, en lisant le *Petit Nord*, que le ministère venait de décider d'autorité la création de la chaire refusée et d'en nommer le titulaire, sans l'avoir consulté sur ce choix, ni l'en avoir même avisé !

Si les choses se sont bien passées ainsi, et nous avons tout lieu de le croire, nous trouvons un à propos tout particulier au souhait suivant que nous lisons dans une correspondance adressée de Lille au *Progrès Médical*, et que nous approuvons sans réserve :

« Souhaitons que nos universités françaises cessent d'être de pures agglomérations de bâtiments et des assemblées de professeurs auxquelles l'initiative est refusée ; que cette *autonomie*, dont il est si souvent question dans de si nombreuses circulaires ou consultations ministérielles, cesse d'être un mot et devienne une réalité ; que la tutelle administrative qui trop souvent oppose ses volontés aux avis formels du corps enseignant, veuille bien désarmer. Alors seulement les universités de France seront réellement créées ; alors seulement le sentiment de la responsabilité assurera la marche en avant de l'enseignement supérieur ; alors seulement la décentralisation tant désirée pourra porter des fruits, car aujourd'hui elle n'existe pas. »

CORRESPONDANCE

A Monsieur le Rédacteur en chef du *Concours Médical*.

Cher Confrère,

J'ai lu, dans le *Concours Médical* du 5 novembre, l'article intitulé : « Une nouvelle conception pathogénique du croup et de l'angine diphthéritique. »

Permettez-moi quelques observations.

Et d'abord je dois dire que, bien entendu, en publiant ma brochure, je n'avais pas en vue la clientèle de vos hôpitaux et que, comme pour toute autre maladie, il faut tenir compte du milieu dans lequel on exerce.

Ce mode de traitement m'est depuis longtemps familier, de longues souffrances m'ont empêché de le faire connaître plus tôt.

J'ai pendant vingt ans exercé la médecine rurale, et je n'ai pu guérir la diphthérie que du jour où j'ai adopté la méthode révulsive, indispensable pour que consécutivement les médicaments puissent agir.

J'ai appliqué cette méthode sans danger pour le malade, sans danger pour ma conscience.

Simple rapprochement : je lis dans le journal *Le Formulaire* (juin 1887) : Nouveau traitement des épistaxis (Verneuil) :

Contre des épistaxis rebelles d'origine *toxémique* et dyscrasique, M. le professeur Verneuil a employé *avec succès* des applications de vésicatoires sur la région du foie.

Il paraît assez difficile de se rendre compte nettement du rapport de cause à effet entre l'état du foie et l'hémorrhagie nasale.

Notons que ce fait avait été déjà signalé par Galien. (*Archives générales de médecine*, juin 1887.)

Agréez, cher Confrère, l'assurance de ma cordiale sympathie.

Dr P. Morot.

Le Bignon, 6 novembre 1887.

Nous répondrons dans le prochain numéro à cette lettre.

P. L. G.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

I

A propos de l'exercice illégal.

Barbezieux, le 15 septembre 1885.

Monsieur le Directeur,

La lettre de M. Dubrac, Président du tribunal civil de Barbezieux, publiée dans le no 34 du *Concours*, a provoqué une réponse du confrère le Dr Barat-Dulaurier sur l'exercice illégal de la médecine. M. Dubrac est partisan de la répression modérée de l'exercice illégal, c'est-à-dire que, magistrat, il applique selon sa conscience les lois votées par le législateur, que ces lois soient bonnes ou mauvaises. M. Barat-Dulaurier n'a pas le même tempérament, et sans demander encore la peine de mort pour les contrevenants, il voudrait une bonne loi qui leur appliquerait les peines les plus sévères, et il pousse la conviction de son sujet à ce point qu'il appelle bébête un magistrat qui s'était oublié jusqu'à rire des azz:s d'un charlatan; ce qui prouve une fois de plus que la passion égare même les gens d'esprit. Eh bien ! à mon avis, Messieurs. Dubrac et Barat-Dulaurier sont tous deux dans l'erreur. La mesure que je crois la plus propre à sauvegarder la liberté, la dignité et les intérêts de tous, médecins et malades, c'est la liberté de l'exercice de la médecine.

Règle générale : lorsqu'un médecin ne peut pas vivre de sa profession, c'est qu'il est insuffisant ; il n'a qu'une chose à faire : retourner à l'école ou changer de profession. Guérir les malades, voilà ce qui donne la clientèle au médecin, et non la poursuite devant les tribunaux des rebouteurs et des guérisseurs sans diplôme. Pourquoi ne pas laisser au malade cette liberté absolue à laquelle il tient tant et que revendiquent avec tant de raison ceux à qui il est cher? Lui et les siens n'ont-ils pas pour se guider leur intelligence, leur instruction, leur affection ? Est-ce qu'ils ne pourront pas choisir entre le rebouteur, le guérisseur, le panseur, le sorcier et le médecin qui aura reçu son diplôme de l'Etat ? Est-ce que les lois existantes sur la responsabilité civile et pénale ne sont pas une arme suffisante et l'Etat n'a-t-il pas assez fait pour protéger la santé publique en désignant par un diplôme ceux qu'il juge capables d'exercer la médecine ? N'y a-t-il pas dans ces deux sanctions, le diplôme délivré par l'Etat et les lois existantes, de quoi protéger suffisamment l'ignorant, le malade qui n'a pas d'instruction, qui n'est pas éclairé et auquel vous conservez le bien le plus précieux qu'il puisse avoir, la liberté absolue de consulter n'importe qui et n'importe quoi quand sa vie est en danger ? Et en supprimant d'un trait de plume ceux qui aujourd'hui font de la médecine illégale, êtes-vous sûr de ne pas faire disparaître de la société des hommes qui lui rendent des services ? M. Barat-Dulaurier, parmi les guérisseurs qu'il cite dans la Charente, aurait pu nommer aussi le sieur Guérin, qui a exercé pendant plus de 30 années près de Chateauneuf-sur-Charente, qui a rendu de réels services à des milliers de personnes. Il existe un côté de l'art de guérir qui est absolument inconnu des médecins, c'est la luxation des tendons : tout le monde connaît ce fait qui consiste dans une violente douleur éprouvée dans certaines parties du corps, à la suite d'un mouvement et caractérisée par un relief anormal sous la peau, appréciable à la vue et au toucher. Ces phénomènes disparaissent immédiatement dès que par une pression faite sur le relief apparent on a fait rentrer le tendon à sa place. Eh bien, le Guérin en question a fait des réductions de tendons en nombre considérable, alors que les Médecins ne trouvant ni lésions osseuses (fractures ou luxations), ni déchirures de fibres musculaires, avaient prescrit le repos et les frictions calmantes et cela sans pouvoir soulager le malade. Ces faits, je le répète, sont connus, et vouloir nier les services rendus par ce genre de rebouteurs devant l'insuffisance de la science médicale enseignée, ce serait nier l'évidence. Il y a encore une chose que les rebouteurs pratiquent couramment et depuis très longtemps et qui tend à devenir actuellement officielle, c'est le massage dans les entorses et les fractures des petites extrémités des os ; il n'y a pas à dire le contraire, ce sont les sorciers qui nous l'ont enseigné.

M. Barat-Dulaurier parle du curé de Pyoussais (Charente). Il est incontestable que depuis plus de dix ans ce guérisseur voit sa porte assiégée du matin au soir par des gens appartenant à toutes les classes de la Société et à la classe éclairée en majeure partie. Quelle conclusion en tirer ? Celle-ci toute naturelle que le curé de Pyoussais guérit des malades. Ceci est de toute évidence. Un charlatan, un faiseur, peut, par des procédés de réclame, de tapage bien organisés, par une mise en scène habile, attirer les badauds, mais si les badauds sont dupés et que les malades ne guérissent pas, soyez certain que le charlatan disparaîtra avec beaucoup moins de bruit qu'il n'en a fait pour paraître. Mais si le curé de Pyoussais guérit des malades, il est incontestable qu'il en a guéri et qu'il en guérit encore que les médecins n'ont pu guérir, j'en conclus que ce curé rend des services à la société et qu'il est plus utile que le médecin diplômé qui perd ses malades et qui, dans l'espérance de forcer la clientèle à venir à sa porte, voudrait faire poursuivre les guérisseurs qui l'accaparaient. Le curé de Pyoussais guérit des malades, inutile de le nier, tout le monde dans la Charente en a été témoin ! Ainsi, voilà un homme à instruction moyenne, n'ayant jamais dans sa jeunesse fait des études médicales sérieuses et qui arrive à guérir plus de malades que le médecin le plus occupé. Comment expliquer cela ? Je crois pour ma part qu'il y a des hommes mieux doués que d'autres par certains côtés : quelques-uns, par exemple, naissent doués de facultés spéciales qui leur permettent de s'assimiler immédiatement et sans effort les sciences exactes comme les mathématiques par exemple ; d'autres se font remarquer par leur génie artistique ; d'autres par leur génie commercial ; d'autres enfin semblent doués d'une certaine intuition (qu'on me passe ce mot un peu moderne) qui leur permet de diagnostiquer la maladie plus facilement et plus rapidement que d'autres ; c'est le génie médical qui a fait les grands hommes dont notre école est fière. Le curé de Pyoussais est peut-être de cette race-là ? Au lieu de végéter dans une cure de campagne comme ministre d'une religion ou plutôt d'une mythologie

fausse et trompeuse comme toutes les religions, peut-être eût-il mieux fait de se faire médecin, et de devenir l'apôtre de cet art de guérir qui a pour admirable mission d'arracher l'homme à cette mort après laquelle il n'y a peut-être plus rien ?

Et Véron dont parle notre confrère ? Il est indubitable aussi qu'il a guéri beaucoup de malades abandonnés par les médecins.

Que faire en présence de pareils faits, devant ces services rendus ? Une seule chose me paraît digne du médecin et sauvegarder les intérêts des malades, c'est de tenir compte de ces faits et de travailler assez pour guérir plus de malades que les guérisseurs. Celui qui guérira le plus de malades est celui qui aura le plus de clientèle, et il n'aura pas besoin de lois répressives pour lui renvoyer des clients ; et les médecins inutiles, ceux qui ne guérissent pas et qui ne peuvent pas guérir, disparaîtront et feront de la place par une sélection toute naturelle dans la lutte pour l'existence.

Je termine en répétant ce que j'ai dit au début de cette trop longue lettre :

Liberté de l'exercice de la médecine sous la sanction des lois existantes.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

Dr Meslier,
Membre du Concours, 968.

II.

A propos de la lettre du Dr Meslier.

Le mémoire que j'ai eu l'honneur de lire, il y a quelque temps, devant nos confrères du syndicat de Coutras, sur les rapports des médecins et pharmaciens, a eu la bonne fortune de nous valoir une intéressante communication de l'honorable M. Dubrac, président du tribunal civil de Barbezieux. Voilà qu'aujourd'hui les remarques que j'ai cru devoir présenter sur le travail de M. Dubrac nous ont attiré une verte admonestation de notre confrère le Dr Meslier, de Barbezieux.

Pour notre confrère, j'ai écrit sous l'empire de la passion et je me suis laissé égarer par elle. La preuve, c'est que j'ai commis l'inconvenance grossière (*horresco referens* !) de dire qu'un magistrat s'était permis de rire d'un rire bêbête à propos du boniment que débitait, sur une place publique, un charlatan doré sur toutes les coutures, boniment dans lequel il malmenait d'une façon odieuse le médecin diplômé devant la porte duquel il s'était installé. Si le charlatan en question se fût arrêté devant la porte de l'honorable Dr Meslier et qu'il eût dit, ou à peu près : « Venez messieurs et dames ; je guéris tous les maux ; ne vous adressez pas au docteur qui demeure là : c'est un âne bâté qui tue ses malades, mais moi, je guéris la pierre, la goutte les coliques, la phthisie. J'ai même guéri son beau-père qu'il laissait mourir. » Je le demande, le Dr Meslier n'eût-il pas trouvé naturel qu'un médecin s'indignât de l'attitude louche du magistrat auquel j'ai fait allusion et qui, je le répète, n'était pas à sa place ? Pour moi, ce que je trouvais particulièrement révoltant, c'est l'espèce d'encouragement que ce magistrat donnait, par sa présence, aux infamies que débitait impudemment devant un public nombreux un individu sans titre ni mandat. Affaire de tempérament, sans doute, comme le dit M. Meslier et je n'ai aucun regret que le mien soit ainsi fait.

Est-ce à dire que j'ai mis de la passion dans mon argumentation ? Pas le moins du monde ? Je ne saurais blâmer le magistrat qui applique selon sa conscience les lois existantes ; j'aime à croire que tous agissent de la sorte. Mais je discute, et c'est mon droit ; — de plus, quand une loi est mauvaise j'en demande la réforme, et c'est un devoir.

Certes, je ne réclame ni la corde ni la potence pour ceux qui sans avoir de parchemins, se mêlent de donner des soins aux malades ; mais je trouve insuffisantes les lois qui protègent la santé publique contre les entreprises de gens incompétents, et je le proclame.

Notre confrère, au contraire, demande la liberté la plus illimitée. Il voudrait que chacun pût consulter qui bon lui semble ; il voudrait que le premier venu pût s'improviser médecin, chirurgien, que sais-je encore ? Sous la seule réserve de la responsabilité civile.

Cette conception n'est pas nouvelle ; j'ai déjà entendu soutenir cette thèse par des esprits qu'on reconnaît en général comme éminents, mais qu'on trouve, en revanche, un peu trop enclins au paradoxe. Et la preuve que cette manière de *voir* n'est pas absolument parfaite, c'est que partout où jusqu'à ce jour la médecine a été pratiquée par quiconque le désirait, on cherche en ce moment à en réglementer l'exercice.

C'est qu'il ne s'agit pas seulement à mon point de vue, d'intérêts individuels. Il y a une question d'un ordre beaucoup plus élevé ; l'intérêt même de la société est en jeu. Or, selon la conception que j'ai de la société, je considère qu'elle a le devoir de protéger chacun de ses membres même contre ses propres entraînements. J'estime que rien n'est dangereux comme cette tendance de certains esprits enclins à considérer la liberté comme le droit de faire tout ce qui plaît. L'intérêt général doit toujours primer l'intérêt ou le caprice individuel et, partout, tracer une limite à la liberté de chacun ; sans cela il n'y aurait pas de société possible.

Notre honorable confrère, estime que le malade et les siens ont pour guide dans le choix qu'ils devront faire, leur intelligence, leur instruction, leur affection.... Et cela lui suffit ! Hélas ! si parmi nos clients il en est que leur intelligence et *leur instruction* mettent en situation de juger de la valeur d'un médecin et des conseils qu'il donne, on voudra bien admettre, je suppose, qu'ils constituent une bien infime minorité. Le plus grand nombre, inaptes à juger des choses de la médecine, ne sont-ils pas les moutons de Panurge qui vont où la foule les entraîne, sans souci comme sans conscience ? On court chez le guérisseur, c'est la mode, c'est l'entraînement, c'est l'amour du merveilleux, et Dieu sait si ces divinités exercent une attraction puissante !

Est-ce à dire, comme le prétend M. le Dr Meslier, que ces gens-là rendent des services à la société ? Je ne nierai pas que quelques-uns d'entre eux n'aient parfois donné quelques bons conseils par hasard. Mais en faire des hommes providentiels, c'est autre chose. Qu'un médecin diplômé commette la moindre imprudence et qu'on l'accuse simplement de négligence et on exerce contre lui ce recours civil, cette garantie que notre honorable confrère trouve bien suffisante. L'histoire de l'Association Générale pendant ces dernières années, nous en a montré de pénibles exemples ! Mais qu'un rebouteur prive de l'usage d'un de ses membres un malheureux qui se sera confié à lui, neuf fois sur dix il est certain de passer inaperçu. Ses insuccès sont

immédiatement soigneusement oubliés. En revanche, on porte aux nues les guérisons qu'il aura pu obtenir et qui souvent sont survenues malgré lui. En général, ceux qui ont été trompés n'aiment pas à le proclamer *urbi et orbi*. En vérité, ils ne seraient guère en bonne position pour se plaindre ! Voilà pourquoi, quand il s'agit de guérisseurs, à l'inverse de ce qui se passe pour le médecin, on ne fait connaître au public que les cas favorables. Mais chercher à ériger en bienfaiteurs de l'humanité les auteurs de quelques cures plus ou moins heureuses et plus ou moins authentiques, c'est pousser un peu trop loin le culte du merveilleux.

Guérir, voilà le but, dit notre confrère, et le médecin qui ne réussit pas est un *minus habens* qu'on devrait renvoyer à l'école ou aux champs ! Vous êtes bien sévère, honoré confrère. Je puis vous affirmer que je connais des hommes d'une grande valeur qui n'ont réussi que bien médiocrement et qui méritaient mieux. S'ils ont incontestablement le savoir, peut-être pourrait-on dire que le savoir-faire leur a fait défaut. Mais, en revanche, nous connaissons tous des nullités incontestées auxquelles la fortune, cette capricieuse, a daigné sourire. Les circonstances, le hasard, le savoir-faire les ont servis d'une façon merveilleuse.

Eh bien ! voilà le secret du succès de tant d'individus non diplômés : les circonstances, le hasard, le savoir-faire aidés de beaucoup de réclame, d'une part ; — la crédulité, l'amour du merveilleux, la mode du jour, d'autre part : voilà ce qui a fait les Veron et consorts.

Ah ! pour présenter ces gens-là comme des bienfaiteurs de l'humanité, pour leur créer une auréole de gloire et les placer, en quelque sorte, au-dessus de leurs concitoyens, comme au-dessus des lois de leur pays, il ne suffisait pas de taire leurs revers, il fallait bien aussi trouver une explication à leurs succès.

Eh bien ! l'honorable docteur Meslier s'en est chargé. Les Veron, les Guérin et curés de Pyoussais et *tutti quanti* sont des hommes de génie : ils ont cette intuition des choses qui fait les hommes extraordinaires. Ils savent sans avoir appris ; une sorte de révélation leur a dévoilé les mystérieux arcanes de la santé et de la maladie !... A quoi bon insister.

Mais soit ! Réminiscence ou atavisme, génie ou fourberie chez ces gens-là, peu m'importe, après tout !

Il est des travers qu'on ne corrige pas, et on continuera, quoi qu'il arrive, comme par le passé, à les consulter, car la bêtise humaine est éternelle — comme la crédulité ; certains confrères (j'en connais), continueront à leur demander conseil dans les cas difficiles ; d'autres continueront à accompagner les rebouteurs chez leurs clients et même (j'en ai devant moi des exemples), chez les clients de leur confrère voisin ; d'autres enfin se feront un devoir de conscience d'adresser leurs clients à la Salette, à Saint-Hubert ou à Lourdes, et tout cela, quelle que soit la législation, qu'elle édicte des peines draconiennes ou qu'elle établisse la liberté rêvée par M. le Dr Meslier. Pour moi, médecin et publiciste, je n'en persisterai pas moins à réclamer LA LOI POUR TOUS, et UNE BONNE LOI.

Dr A. BARAT-DULAURIER,
Ex-Interne des Hôpitaux de Paris.

ADHÉSION A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr BARTHÈS, à Limours (Seine-et-Oise), présenté par le docteur Sève, de Paris.

NOUVELLES

DÉCISION MINISTÉRIELLE RELATIVE A L'APPEL DES ENGAGÉ CONDITIONNELS D'UN AN, ÉTUDIANTS EN MÉDECINE ET EN PHARMACIE.

Le ministre de la guerre a décidé que la convocation des engagés conditionnels, étudiants en médecine et en pharmacie, régulièrement inscrits pour recevoir l'application des dispositions de la circulaire ministérielle du 12 octobre 1886, sera ajournée.

En conséquence, les jeunes gens appartenant à cette catégorie recevront ultérieurement, conformément au paragraphe 7 de ladite circulaire, des ordres d'appel individuels, par les soins des commandants des bureaux de recrutement.

Ceux qui auront pu déjà leur être adressés seront considérés comme annulés.

— L'inauguration du nouvel hôpital de Vichy a eu lieu récemment.

M. Henri Ch. Monod, directeur de l'Assistance publique en France, a prononcé un discours dans lequel il a félicité l'administration municipale d'avoir construit un excellent hôpital, répondant à presque tous les *desiderata* de l'hygiène hospitalière moderne, sans avoir dépassé 5,000 francs comme prix de rovient de chaque lit. Le prix du lit a été de 5,500 francs à Berck-sur-Mer et de 6,000 à l'hôpital du Havre. M. Monod a également félicité la ville de Vichy d'avoir consulté les hommes compétents avant d'arrêter les plans et d'engager les dépenses.

— On nous annonce, dit le *Bulletin médical*, que la nomination d'un secrétaire général de l'Assistance publique, en remplacement de M. Barbier, décédé, est imminente, et que parmi les candidats proposés pour ces importantes fonctions, M. Gallet, directeur de l'hôpital Lariboisière, aurait les plus grandes chances d'être choisi.

Cette nomination serait certainement accueillie avec la plus vive satisfaction par le corps médical des hôpitaux, qui, pendant la carrière administrative de M. Gallet, a pu apprécier sa haute compétence, son esprit d'initiative et sa parfaite urbanité.

Le choix de M. Gallet serait justifié, non seulement par une longue pratique des questions qui relèvent de la fonction vacante, mais encore par ses travaux antérieurs sur l'Assistance publique. On sait que son livre « *Un grand hôpital parisien en* 1886 » renferme nombre d'idées neuves et ingénieuses sur la plupart des questions relatives à l'organisation et au fonctionnement des hôpitaux, qui ont été agitées dans ces dernières années.

HÔPITAL DES ENFANTS MALADES. — Le docteur Jules Simon commencera ses conférences de Thérapeutique infantile le mercredi 16 novembre, à neuf heures, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure.

Consultation clinique tous les samedis.

— M. le docteur Barette, chef de clinique chirurgicale de la Faculté, ancien prosecteur, commencera son cours de Pathologie chirurgicale sur les *maladies de l'appareil génital de la femme*, le mercredi 16 novembre, à 6 heures, à l'École pratique, amphithéâtre n° 2, et les continuera les mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

BIBLIOGRAPHIE

De la Sédentarité scolaire et du Surmenage intellectuel, par le docteur J. BACH, lauréat de la Société française d'hygiène, officier d'Académie, délégué cantonal du XIe arrondissement.

1 vol., chez STEINHEIL, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY

lermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André, 3.